Adrian Aldea
Hortensiu Aldea

ABC-ul IN CHIRURGIE

condor
Liga Liberilor Cugetători

Scanned with OKEN Scanner

ADRIAN ALDEA
doctor în științe medicale,
medic primar chirurg
Spitalul județean Buzău

HORTENSIU ALDEA
medic principal neurochirurg
Clinica neurochirurgie Iași

A.B.C.-ul în chirurgie

Principii generale de tehnică și estetică chirurgicală

— ediția a II-a —

LIGA LIBERILOR CUGETĂTORI
București — 1990

Scanned with OKEN Scanner

Am recitit cu plăcere și interes, (în manuscris, n. n.) ediția a II-a a lucrării fraților Adrian și Hortensiu Aldea : „ABC-ul în chirurgie. Principii generale de tehnică și estetică chirurgicală".

Am spus am recitit pentru că cunoșteam lucrarea de la prima ediție și îmi aduc aminte că, la citirea cărții, încîntat de ideea realizării unei asemenea cărți și pe deplin satisfăcut de conținutul ei, i-am și scris atunci o scrisoare de felicitare doctorului A. Aldea exprimîndu-mi satisfacția pentru prezența unei asemenea cărți în complexul multiplelor cărți de chirurgie care apar la noi.

Meritul lucrării fraților Aldea (și îmi place să consider cartea nu ca o ediție a II-a, ci ca o nouă carte) este că dîndu-și seama de importanța unui manual de inițiere în chirurgie, au introdus în lucrarea lor, cel puțin în capitolele de inițiere în chirurgie o sistematizare riguroasă dominată de un spirit didactic generos, menit să ușureze însușirea unor lecții, din al căror cuprins se degajă esența chirurgiei.

prof. dr. doc. CRIȘAN MIRCIOIU

Scanned with OKEN Scanner

CUVÎNT ÎNAINTE

Lucrarea dr. Adrian Aldea se adresează tinerilor chirurgi care fac primii pași în această profesie ; sînt tratate îndeosebi probleme de mică chirurgie cu pronunțat caracter aplicativ.

Capitolul „Gesturi chirurgicale și nechirurgicale" abordează un domeniu delicat al chirurgiei, în care există încă opinii contradictorii ; se insistă în mod deosebit asupra însușirii corecte a gesturilor chirurgicale încă de la începutul profesiunii, gesturi de care de multe ori poate depinde viața bolnavului.

În capitolele despre „Incizie și excizie", „Hemostaza", „Disecția" și „Sutura chirurgicală" sînt expuse o serie de principii și reguli menite să faciliteze însușirea unor manevre și gesturi chirurgicale.

Din paginile cărții se desprinde strădania autorului de a insufla tinerilor chirurgi dragostea pentru arta chirurgicală, aspirația de a opera corect și frumos.

Lucrarea este un îndreptar instructiv pentru viitorii chirurgi într-un domeniu mai puțin dezbătut al micii chirurgii.

Prof. dr. doc. D. BURLUI

Scanned with OKEN Scanner

„Viața bolnavului este mai importantă
decît orgoliul chirurgului !"

Tinerilor chirurgi

Scanned with OKEN Scanner

CUVÎNTUL AUTORILOR

Am reluat „A.B.C.-ul în chirurgie" încurajați de primirea favorabilă care i s-a făcut primei ediții și, ținînd seama de sugestiile și observațiile primite, i-am adus unele îmbunătățiri.

Avînd de acum o experiență în instruirea mai multor promoții de medici stagiari, care au trecut prin serviciile noastre, am putut să ne familiarizăm cu dificultățile cu care sînt confruntați novicii în chirurgie. În consecință, am căutat să punem la dispoziția tinerilor chirurgi noțiunile elementare de tehnică chirurgicală cu caracter practic, aplicativ.

Am insistat în mod deosebit asupra necesității ca viitorul chirurg să-și însușească încă de la început în mod corect anumite gesturi și manevre chirurgicale simple, care stau la baza unei pregătiri chirurgicale temeinice.

Multe dintre aceste manevre le-am învățat din tratatele de mică chirurgie sau de tehnici chirurgicale, pe altele ni le-am însușit de la chirurgi cu mare experiență alături de care am lucrat, iar altele, mai puține la număr, sînt rezultatul observațiilor și modestei noastre experiențe chirurgicale de peste două decenii.

În carte sînt enumerate o serie de reguli și de mici amănunte tehnice strict necesare tînărului stagiar sau secundar care, dornic să învețe cît mai mult, este tentat adeseori să-și însușească tehnici chirurgicale complicate, înainte de a-și însuși gesturile și manevrele elementare ale meseriei.

Fără îndoială că gesturile chirurgicale nu pot fi învățate numai din carte, dar nu putem fi de acord nici cu cei care recomandă învățarea lor „pe furate" sau „după ureche", ținînd cont că chirurgul nu este un simplu meseriaș.

Scanned with OKEN Scanner

Sîntem convinși că însușirea corectă a primelor noțiuni și a unor reguli de comportament chirurgical poate facilita drumul dificil spre tainele chirurgiei și poate scuti pe tînărul chirurg de multe neplăceri și deziluzii inerente oricărui început.

Pe parcursul lucrării am insistat asupra faptului, uneori cu riscul de a ne repeta, că aceste mici amănunte tehnice nu sînt lipsite de importanță, așa cum ar părea la prima vedere. În mod deosebit am accentuat asupra ideii că, în chirurgie, orice gest și orice manevră poate avea o importanță decisivă asupra desfășurării actului chirurgical și a evoluției postoperatorii a bolnavului.

De asemenea, am căutat să insuflăm tinerilor chirurgi dorința de a opera frumos și corect, de a face din fiecare operație, în egală măsură, o operă științifică și de artă.

În capitolul „Kitch-ul în chirurgie", am extrapolat această noțiune din domeniul artelor și în domeniul artei chirurgicale, din dorința sinceră de a arăta chirurgului în devenire unele căi greșite și capcane de care nu sîntem scutiți nici în această profesie.

Prin șansa de a ne face ucenicia într-unele din cele mai reputate clinici din București, Iași și Ploiești am avut ocazia de a vedea operînd o serie de personalități marcante ale chirurgiei românești contemporane. Beneficiind de vasta experiență a acestora, încercăm să o transmitem colegilor noștri mai tineri, în măsura în care ne-am însușit cîte ceva din ea.

În încheiere, mulțumim tuturor colegilor care prin observațiile și sugestiile lor au contribuit la apariția acestei lucrări.

Autorii

Scanned with OKEN Scanner

I. Aptitudinile chirurgicale

„Jur să mă instruiesc continuu"
Th. Burghele

„Trebuie ca viitorul chirurg să aibă mîna sigură, ușoară, îndemînatică, o vedere bună, să aibă o judecată limpede și ingeniozitate, o stăpînire de sine și o prezență de spirit capabile să facă față celor mai grave și celor mai neașteptate incidente, un mare echilibru sufletesc asociat unei mari tării de caracter, promptitudine în acțiune, curajul responsabilităților, blîndețea în gesturi și în limbaj, care convinge, consolează și inspiră încredere", Emile Forgue.

Fără îndoială că această fericită înmănunchere de calități vrea să definească chirurgul ideal. Către această perfecțiune trebuie să tindă toți chirurgii, dar foarte puțini o ating. Aceștia sînt cei despre care se spune că au „temperament chirurgical".

Mirajul chirurgiei a atras și încă atrage un număr mare de studenți mediciniști. Nu constituie un secret faptul că pe foarte mulți îi atrage spre chirurgie dorința de a fi într-o specialitate de elită a medicinei. Dorința este fără îndoială lăudabilă, dar îi trebuie, în mod decisiv, asociate calități native necesare acestei profesii, dublate de o mare putere de muncă, care să justifice aceste nobile aspirații.

Scanned with OKEN Scanner

Chirurgia, mai mult decît orice altă specialitate medicală, presupune o muncă intelectuală și fizică susținută. Cei ce doresc să facă chirurgie trebuie să știe de la bun început că ea înseamnă în primul rînd muncă perseverentă și ordonată, nopți nedormite în spital lîngă bolnavii operați și, în consecință, foarte multe renunțări la aspectele plăcute ale vieții, ceea ce, trebuie recunoscut, nu este un lucru chiar ușor de acceptat pentru un tînăr.

„A fi îmbrățișat cariera medicinei echivalează cu intrarea într-un ordin religios, cu renunțare în mare măsură la viața ta de familie și la prieteni, cu sacrificarea propriei tale libertăți pentru a-ți putea îndeplini astfel îndatoririle" spune André Maurois.

În consecință, tînărul medic care s-a decis să se dedice studiului chirurgiei trebuie să reflecteze mai întîi asupra acestor aspecte ale problemei, altfel va avea, prea curînd, deziluzii în profesie, unde va fi ocolit de bolnavi, va fi o povară pentru colegi, iar el un precoce blazat și „dezamăgit".

În chirurgie nu ar trebui să-și găsească locul cei care se ghidează după idealul mediocru care vizează doar cîștigarea existenței. Chirurgia este mai mult decît o meserie, ea trebuie să fie un crez. Selecția viitorilor chirurgi ar trebui fără îndoială făcută după o serie de teste, de aptitudini în timpul secundariatului, sau poate chiar înainte de acesta. Testele nu sînt o noutate, ele fiind obligatorii într-o serie întreagă de profesii de mare responsabilitate socială : la piloți, mecanici de locomotivă, cosmonauți etc. Cu atît mai mult, s-ar impune aceste teste la selecționarea viitorilor chirurgi, cărora, în decursul unei cariere, le pot trece prin mînă mii de vieți omenești.

Mulți consideră că principala calitate a chirurgului trebuie să fie curajul. Curajul însă, nedublat de studiu, de profesionalitate, de un echilibru sufletesc și de o înaltă

Scanned with OKEN Scanner

conștiință profesională nu poate genera decît ceea ce, în limbajul curent al chirurgilor, este definit ca fiind chirurgul periculos.

Vechea formulă conform căreia chirurgul trebuie să aibă inimă de leu, ochi de vultur și mîini de femeie își păstrează astăzi valabilitatea doar în parte ; ea putea defini chirurgul doar în perioada romantică, de început al chirurgiei.

Unui chirurg i se cer astăzi mult mai multe calități. În primul rînd trebuie să fie un om bine dotat intelectual, cu o vastă cultură în toate domeniile medicale, căruia, fără îndoială, nu trebuie să-i lipsească îndemînarea.

Printre chirurgii americani circula încă din secolul trecut următorul dicton : chirurgul trebuie să-și cultive cei trei „H" «hand, head and heart» mîna, capul și inima. Această formulă dorește să sublinieze faptul că viitorului chirurg, pe lîngă preocuparea de a-și dezvolta continuu îndemînarea și cultura medicală, trebuie să i se insufle, de către maeștri, profunde principii morale care îi vor călăuzi activitatea întreaga viață.

Chirurgul este omul hotărîrilor prompte și ferme, mai ales în condițiile chirurgiei de urgență, unde tergiversarea deciziei poate duce la pierderea bolnavului.

„În chirurgie ca și la război, calitatea de a decide prompt și judicios este de importanță majoră", scria cîndva Bretonneau lui Trosseau.

Mult timp a fost creditată ideea că chirurgul trebuie să fie un om insensibil la suferința umană, care să taie, fără să clipească, „în carne vie". Și această părere a fost infirmată de timp și de fapte. Astăzi se știe că mulți dintre marii chirurgi au fost oameni de o mare sensibilitate sufletească, receptivi la suferința bolnavilor, pînă la a se identifica cu ea. „Numai un om bun poate fi un medic bun", spunea H. Hothnagel ; iar marele nostru clinician

Scanned with OKEN Scanner

Anibal Theohari remarca : „ cel ce nu posedă în sufletul său mila, nu trebuie să îmbrățișeze cariera medicală. Cel ce nu a simțit într-însul scînteia divină a jertfei de sine spre a ușura pe semenul său de suferință, nu trebuie să fie medic".

Mulți medici mari au resimțit impactul cu sala de disecție și cea de operație încă din primii ani de studenție. Christian Barnard și alți chirurgi celebri au recunoscut, în memoriile lor, aceste momente trecătoare de „slăbiciune" de la începutul profesiei lor, pe care le-au învins prin efort de voință și autocontrol.

Desigur că fricoșii incorijibili, ca și cei cu o sensibilitate psihică deosebită, nu trebuie să opteze pentru chirurgie.

Chirurgul trebuie să fie un om entuziast și optimist, de un optimism calm și echilibrat, pe care să știe să-l transmită și bolnavilor săi. „Optimiștii se vindecă întotdeauna", spunea Fr. Rabelais, iar părintele chirurgiei Ambroise Paré remarca :

„Le chirurgien ayant la face piteuse,
Rend à son malade la plaie venineuse".

Aceeași idee se desprinde și din butada marelui medic scriitor Axel Munthe : „feriți-vă de medicul care suferă de insomnie ; un doctor plîngăreț nu este un doctor bun".

Chirurgul trebuie să fie un om perseverent în activitatea sa, rezistent atît în fața insucceselor meritate sau nemeritate, pe care de multe ori această dificilă meserie ți le oferă, dar mai ales în fața succesului.

Modestia și simțul autocritic sînt alte două calități esențiale care definesc spiritul oricărui chirurg de valoare. Fanfaronada, lăudăroșenia și atitudinea de frondă sînt manifestări străine unei profesii sobre cum trebuie să fie chirurgia.

Unui bun chirurg îi este totodată caracteristică dorința continuă de autodepășire. Suficiența este elementul care

Scanned with OKEN Scanner

plafonează și degradează profesionistul din orice domeniu, fapt cu atît mai evident în chirurgie. Referitor la această problemă dr. T. Ghițescu spunea : „medicul trebuie să fie un student veșnic".

Chirurgul trebuie să aibă o viață familială echilibrată. Solicitat zi și noapte, duminicile și sărbătorile, el dispune de foarte puțin timp liber, fiind în permanență legat cu multe fire nevăzute de bolnavii pe care îi îngrijește. Desigur că puțini pot înțelege această modalitate de a-și face meseria, dar este singura care îți dă garanția că o faci corect.

Nu putem încheia acest capitol fără a spune cîteva cuvinte despre calitățile fizice absolut necesare meseriei de chirurg. Chirurgul trebuie să fie un om veșnic tînăr, cu o sănătate perfectă. Nu este vorba de vîrsta cronologică ci de cea biologică. Am văzut mulți chirurgi trecuți de 60 de ani cu viociune spirituală și fizică deosebită și pe alții, la 30 — 40 de ani, îmbătrîniți precoce și blazați.

Chirurgia este o profesie grea, uneori chiar dură, o luptă permanentă cu moartea, iar cei ce obosesc repede fizic sau psihic pot să piardă această luptă încă de la început. Duritatea gărzilor de noapte din serviciile de urgență îndeosebi, unde ești obligat să operezi uneori 10—12 ore în șir, este bine cunoscută. Cuvîntul oboseală nu există pentru chirurg în astfel de situații.

Chirurgia este una dintre puținele profesii în care nu-ți este permis să-ți justifici eșecul prin oboseală, căci nereușita se cheamă de multe ori moartea bolnavului ; și acest lucru nu trebuie uitat. Comoditatea, ca și excesele de orice fel, viața dezordonată contribuie de cele mai multe ori la îmbătrînirea precoce a chirurgului, cu toate consecințele ei nefaste. Se impune deci ca el să-și aleagă cu grijă, în funcție de aptitudinile și preferințele sale, modalitățile de deconectare. Turismul, vînătoarea, tenisul,

Scanned with OKEN Scanner

înotul și alte sporturi în aer liber sînt, fără îndoială, garanția unei longevități spirituale și fizice pe care orice chirurg și-o dorește.

Am făcut această sumară trecere în revistă a aptitudinilor de care trebuie să dea dovadă un viitor chirurg din dorința sinceră de a arăta colegilor mai tineri, doritori să se dedice chirurgiei, că drumul către culmile acestei profesii este greu și plin de sacrificii, dar că o dată ajunși măcar în apropierea acestor piscuri, ai suprema satisfacție a idealului împlinit prin munca ta.

Ar putea să pară nefirească introducerea acestui capitol în lucrarea noastră, dar întrucît ea se adresează atît secundarilor din specialitățile chirurgicale, stagiarilor cît și studenților din ultimii ani de medicină care vor să îmbrățișeze această profesie, am considerat necesar să luăm în discuție acest delicat subiect.

Scanned with OKEN Scanner

2. Gesturi chirurgicale și nechirurgicale

«Practica chirurgiei este un amestec de lucruri mari și lucruri mici, care se completează reciproc, în vederea atingerii unui triplu scop : o indicație operatorie corectă, o execuție tehnică adecvată și o evoluție postoperatorie fără complicații. Fără a cădea în pedanterie, se poate afirma că valoarea detaliului este deosebit de mare pentru chirurg și în acest sens se pot da nenumărate exemple. Cunoaștem cu toții cazuri în care un gest tehnic „minor" dar defectuos, a produs un dezastru postoperator, anulînd efectul unei operații de mare amploare și poate corect executată în timpii ei principali» (Dan Rădulescu).

Am dat acest amplu citat deoarece am considerat că în el este sintetizată esența actului chirurgical. Nimic din ceea ce face chirurgul în timpul unei operații nu este întîmplător sau, poate mai bine zis, nu trebuie să fie întîmplător. Fiecare gest, fiecare manevră trebuie să aibă un scop și o destinație precisă.

Auzim adeseori, în serviciile de chirurgie, vorbindu-se despre gesturile chirurgicale sau nechirurgicale. Puține cărți au abordat acest subiect. Tînărul chirurg se află de multe ori în situația ucenicului din orice meserie : a sta cu ochii pe maestru și a-i „fura" gesturile.

Majoritatea acestor gesturi s-au transmis din generație în generație. Odată cu progresul chirurgiei o parte din

Scanned with OKEN Scanner

aceste manevre și obiceiuri au dispărut ori s-au modificat în raport cu perfecționările și noile tehnici apărute. A rămas însă un fond de bază de gesturi și obiceiuri, de la care trebuie să pornească pregătirea oricărui tînăr care dorește să facă o specialitate chirurgicală.

Începutul în chirurgie, ca în orice profesie, este foarte dificil. Modesta noastră lucrare încearcă să înmănuncheze în paginile unui „abecedar chirurgical" gesturile și manevrele care, o dată deprinse de chirurgul începător, să faciliteze acestuia primii pași în această grea profesie.

Noul venit în chirurgie nu știe în primul an de meserie ce are mai întîi de învățat : clinică chirurgicală, tehnici, anatomie sau gesturi chirurgicale ? Fără îndoială că din toate cîte ceva, dar de bună seamă că gesturile chirurgicale și anatomia trebuie să primeze. Formarea unor deprinderi chirurgicale corecte încă din primii ani de chirurgie este decisivă în formarea viitorului chirurg. Puțini au avut curajul să statueze ce este și ce nu este gest chirurgical. În urmă cu mai bine de 40 de ani a apărut în literatura noastră traducerea cărții lui Okynczic — „Gesturile mici ale chirurgiei desăvîrșite". Această lucrare de cîteva zeci de pagini a îndrumat primii pași ai multor generații de chirurgi.

Deși concepțiile și tehnicile chirurgicale au evoluat enorm în ultimii douăzeci de ani, cînd transplanturile de cord și de rinichi au devenit operații de rutină, o serie de principii expuse în această carte au rămas valabile și astăzi. Ultimele decenii au adus noutăți și în acest domeniu aparent minor.

Considerăm necesar să remarcăm că sînt gesturi chirurgicale unanim admise și altele care variază de la o școală la alta. Trecînd prin mai multe servicii de chirurgie am avut ocazia să constatăm că sînt chirurgi foarte bine cotați, care nu acceptă anumite gesturi (pe motiv că ar fi nechirurgicale) ale altor confrați nu mai puțin bine cotați.

Scanned with OKEN Scanner

Nu e un secret pentru nimeni că formarea deplină a unui chirurg presupune ca acesta să lucreze în primii ani de ucenicie în cît mai multe servicii cu profile chirurgicale. Văzînd cît mai mulți chirurgi în sala de operații, ai ocazia să constați mai multe maniere de a opera și ai astfel prilejul să poți opta pentru cea pe care o consideri cea mai bună.

Dr. C. Andreoiu spunea colaboratorilor săi : „de la orice chirurg se poate învăța cîte ceva". În repetate rînduri ne-am convins că avea dreptate.

Desigur că tuturor ne plac virtuozii bisturiului. O greșeală ar fi să încercăm să-i imităm încă de la începutul meseriei. Virtuozitatea nu se învață și nu se imită, ea se cîștigă cu timpul prin exercițiu îndelungat și presupune, fără îndoială, talent chirurgical. Un vechi dicton medical spunea : „în chirurgie orice se învață, numai talentul nu".

Un rol decisiv în formarea viitorului chirurg îl are șansa de a învăța la o bună școală chirurgicală. Sînt școli de chirurgie care insistă în mod deosebit ca tînărul chirurg să-și formeze deprinderi chirurgicale corecte și altele care lasă acest proces de formare la latitudinea învățăcelului. Fără nici un dubiu că dreptatea este de partea celor dintîi. Deprinderea gesturilor chirurgicale trebuie să fie în primul rînd o problemă de învățămînt și în al doilea rînd o problemă de talent. Fără îndoială că un tînăr talentat își va însuși gesturile chirurgicale mai repede și mai bine decît unul mai puțin dotat ; singur, talentul nu este suficient pentru a-ți însuși perfect gesturile chirurgicale. Este necesar un exercițiu permanent și tenace pentru șlefuirea lor. Nu de puține ori chirurgii talentați au fost depășiți de alții mai puțin îndemînatici, dar care au exersat mult și s-au preocupat continuu de perfecționarea lor.

Sînt gesturi care se pot învăța în scurt timp și altele, complexe, care se pot deprinde numai după descompunerea lor în părțile componente și prin exersarea perseverentă în timp mai îndelungat.

Scanned with OKEN Scanner

Însușirea corectă și rapidă a gesturilor chirurgicale presupune să intri zilnic în sala de operații, în primul rînd ca ajutor, mîna a doua sau a treia, să urmărești atent gesturile celor cu mare experiență chirurgicală, nutrind dorința permanentă de a-ți șlefui propriile gesturi.

Acest lucru necesită foarte multă tenacitate și autocontrol. Un chirurg cu experiență va deprinde cu mai multă ușurință un gest nou sau o tehnică chirurgicală nouă, dar și el va trebui să exerseze noua manevră pentru a-i conferi în final perfecțiune și un grad de automatism.

Înseamnă deci că, chirurgul, asemenea pianistului, trebuie să exerseze cît mai mult, trebuie să fie permanent în sala de operații, atît ca operator, cît și ca ajutor. Lipsa de exercițiu chirurgical o pot resimți chiar chirurgii cu experiență atunci cînd, dintr-un motiv sau altul, sînt nevoiți să-și întrerupă o perioadă de timp activitatea. Foarte mulți recunosc că după întoarcerea din concediul de odihnă, după o lună de întrerupere a activității, le sînt necesare cîteva zile de acomodare, resimțind o lipsă de promptitudine și o lentoare pînă ce își „reintră în mînă", ca să utilizăm un termen sportiv foarte la modă.

Este de la sine înțeles că pentru chirurgul începător „pauza" chirurgicală este și mai mult resimțită.

Ucenicia în chirurgie este un proces lent și îndelungat; de multe ori el poate depăși cei 3 ani de secundariat. Abia după 7—8 ani de activitate chirurgicală intensă se poate vorbi de un chirurg „format". Procesul de învățămînt presupune răbdare și înțelegere reciprocă, atît din partea elevului, cît și din partea maestrului. Orice grabă sau manifestare de nerăbdare, atît din partea unuia cît și din partea celuilalt, poate genera dezastre, avînd în vedere că acest proces se desfășoară pe viu, iar eventualele „stîngăcii" pot avea consecințe dintre cele mai nefaste.

Indiferent de nivelul de pregătire la care a ajuns, chirurgul trebuie să cunoască limitele posibilităților sale teh-

Scanned with OKEN Scanner

nice. Orice încercare de a forța nota în această direcție poate avea consecințe grave.

Încercînd să definim gestul chirurgical, putem spune că acesta este manevra cea mai adecvată unui anumit timp al intervenției, efectuată cu cea mai deplină acurateță tehnică.

Gesturile operatorii trebuie să fie blînde, lipsite de brutalitate, în contextul unei logici chirurgicale menite să ducă la rezolvarea optimă a cazului. Un gest repezit, brutal, chiar dacă nu este perceput imediat de către organism, bolnavul fiind sub anestezie, este în schimb recepționat de țesuturi, care pot reacționa în timp prin procese ischemice sau prin formarea de hematoame generatoare de complicații grave : supurații, necroze, fistule etc. Cu cît manevrele operatorii sînt mai precise și mai blînde, cu atît durerea postoperatorie este mai redusă și cu atît evoluția bolnavului este mai simplă.

Secționarea corectă a planurilor cu bisturiul bine ascuțit, manevrarea blîndă a țesuturilor, utilizarea neintempestivă a depărtătoarelor autostatice, durata scurtă a intervenției sînt elemente care contribuie la evoluția favorabilă și cu durere minimă a operației.

Și prin aceste mici „amănunte" se diferențiază de ceilalți chirurgul care are „mînă ușoară".

Manevrarea cu blîndețe a viscerelor este o condiție indispensabilă unei evoluții postoperatorii simple. Tracțiunile intempestive pe mezouri și organe pot duce la hematoame, depolisări sau chiar la rupturi de organe. Ori de cîte ori se manevrează intraoperator masa intestinală, este recomandabil să se procedeze la infiltrarea mezoului cu soluție de novocainã.

Gesturile trebuie să se succeadă într-o ordine logică, în scopul efectuării intervenției cu minimum de sacrificii tisulare și minimum de traumatism.

Scanned with OKEN Scanner

Sînt unanim recunoscute ca nechirurgicale acele gesturi care creează impresia de dezordine în sala de operație, pe masă sau în cîmpul operator, care ignoră regulile de asepsie și care împiedică desfășurarea fluentă a actului chirurgical, toate acestea putînd aduce prejudicii evoluției postoperatorii a bolnavului.

În cele ce urmează, vom încerca o sumară enumerare a unor atitudini și gesturi care sînt considerate de majoritatea chirurgilor ca nefiind chirurgicale :

— Ținuta aplecată în plagă și gesturile efectuate din brațe, antebrațe sau chiar utilizînd tot corpul.

Plaga operatorie trebuie adusă la înălțime convenabilă chirurgului și nu invers, manevrînd adecvat masa de operație.

— Atitudinea chirurgului care stă cu coatele sprijinite pe toracele sau pe abdomenul bolnavului, poziție inestetică și care creează pacientului o stare de disconfort respirator.

— Efectuarea unor timpi operatori cu mîinile sau cu brațele încrucișate creează, de asemenea, o impresie inestetică și este totodată o poziție incomodă.

— Executarea intervenției chirurgicale pe bolnavi insuficient pregătiți preoperator (regiunea pe care se efectuează intervenția este spălată și rasă defectuos).

— Efectuarea intervenției chirurgicale pe o regiune anatomică cu puncte de foliculită este o atitudine riscantă, pericolul de supurație a plăgii fiind iminent.

— Masa cu instrumentele chirurgicale este pusă la distanță de operator și ajutor, fapt care îi obligă pe aceștia în permanență să se întindă după ele.

— Izolarea neglijentă a cîmpului operator mărește riscul complicațiilor postoperatorii septice și creează impresia de improvizație a actului chirurgical.

— Dezordinea pe masa de instrumente.

În principiu, al doilea ajutor răspunde de ordinea instrumentelor pe masă, dar atît operatorul cît și primul

Scanned with OKEN Scanner

ajutor au obligația de a le așeza, pe cît posibil, în ordine și curate. În cazul în care al doilea ajutor lipsește, este obligatoriu ca operatorul și ajutorul să-și pună în ordine instrumentele pe masa de operație, pentru a le identifica mai ușor în anumiți timpi ai operației.

— Prinderea cu o singură mînă a două instrumente (regulă mai puțin valabilă pentru pensele de hemostază).

În nici un caz, nu este recomandabil să avem în aceeași mînă un obiect ascuțit, bisturiu sau port-ac și o pensă, deoarece operatorul sau ajutorul se pot accidenta reciproc în cursul manevrării acestora.

Din același motiv, instrumentele ascuțite : bisturiu, port-acul cu acul Hagedorn montat, seringile nu vor fi servite operatorului cu partea ascuțită spre el.

— Instrumentele chirurgicale nu vor fi manevrate mai sus de înălțimea cotului operatorului. Manevrarea „la înălțime" a instrumentelor este neelegantă și chiar periculoasă în cazul celor ascuțite.

— Păstrarea pe masa de operație și pe cîmpuri a compreselor îmbibate cu sînge sau secreții, ca și a resturilor de ață sau de catgut. După utilizare, compresele vor fi aruncate în lighean.

— Păstrarea pe masă a fragmentelor de țesuturi extirpate (sac herniar, bucăți de țesut adipos etc.). Piesele bioptice recoltate pentru examenul histopatologic vor fi puse pe comprese sterile și înmînate sorei de la sala de operație pentru a fi puse în borcane speciale ; altfel, există riscul ca ele să fie aruncate din greșeală în lighean cu comprese murdare.

— Aruncarea sistematică a compreselor utilizate pe podeaua sălii de operație.

— Nerespectarea timpilor operatori în intervențiile bine codificate, care creează impresia de diletantism și improvizație.

Scanned with OKEN Scanner

— Îndepărtarea marginilor plăgii cu degetele sau chiar cu mîna, în loc de a utiliza depărtătorul de tip Farabeuf sau de alt tip.

— Efectuarea intervenției în condițiile unei sîngerări cauzate de o hemostază defectuoasă. O operație care se desfășoară în condițiile unei sîngerări scăpate de sub control creează echipei operatorii o stare de tensiune permanentă, iar pentru privitori spectacolul este dezagreabil.

— „Ștergerea" plăgii cu compresa și nu tamponarea ei. Vom reveni asupra acestui aspect la capitolul despre hemostază.

— Tamponarea sistematică a plăgii cu compresa prinsă în mînă. Tamponamentul plăgilor, îndeosebi a celor profunde (în cavitatea toracică sau abdominală), se va face cu comprese prinse în pense anatomice lungi.

Sînt însă situații care necesită o compresiune dozată a zonei de sîngerare, cu scopul de a obține hemostaza temporară, în care compresa poate fi apucată cu mîna, dar este bine ca aceasta să fie o atitudine de excepție.

— Disecția incompletă a elementelor hilului unui organ și tentativa de a ligatura sau secționa înainte de a le individualiza perfect este considerată tot ca o manieră de lucru nechirurgicală, periculoasă. Ligaturile puse pe pediculii groși îmbibați cu țesut adipos sau cu mase ganglionare pot derapa ușor.

Pe de altă parte, procesele patologice pot modifica morfologia și topografia elementelor hilului, iar în cursul unei disecții incomplete, acestea pot fi confundate, confuzie ce poate genera accidente grave.

— Utilizarea excesivă a foarfecelui la secționarea planurilor anatomice. La secționarea țesuturilor, bisturiul trebuie să aibă prioritate, deoarece traumatismul țesuturilor din vecinătatea secțiunii este minim. Foarfeca taie

Scanned with OKEN Scanner

țesuturile dar le și strivește. În nici un caz ea nu trebuie utilizată la tăierea unor țesuturi voluminoase (mase musculare, tendoane etc.).

— Utilizarea excesivă a mîinii în plaga operatorie. Desigur, și în acest caz, lucrurile trebuie privite eclectic Pretenția unor chirurgi că operează numai din pense este fără îndoială exagerată și departe de realitate. Sînt multe situații în care mîna sau degetul devin instrumente de neînlocuit.

Profesorul Cărpinișan cita adeseori dictonul lui Ambroise Parè : „chirurgul trebuie să aibă ochi în vîrful degetului" și, pentru un chirurg experimentat, afirmația nu pare deloc exagerată.

— Este adevărat că o decolare extrapleurală sau peritoneală se poate executa instrumental, cu un tampon montat pe o pensă, dar, în anumiți timpi ai acestei manevre, mîna este de neînlocuit!

Sînt anumite intervenții în chirurgie plastică, O.R.L. sau oftalmologie în care se operează numai cu pensele, dar acestea sînt situații de excepție.

În concluzie, putem spune că degetele și mîna sînt veritabile instrumente chirurgicale, de care însă nu trebuie abuzat. Măiestria chirurgului constă desigur în maniera de a-și alege instrumentul cel mai adecvat timpului chirurgical pe care îl efectuează, la un moment dat.

— Zgomotul creat în sala de operație de discuții sau de manevrarea neglijentă a instrumentarului de către echipa operatorie poate fi considerat tot ca o atitudine nechirurgicală.

Enumerarea acestor atitudini și gesturi nechirurgicale ar putea fi prelungită și în funcție de preferințele și de „antipatiile" fiecărui chirurg.

Așa cum am subliniat la începutul acestui capitol, noi am insistat îndeosebi asupra atitudinilor și gesturilor proscrise de majoritatea chirurgilor.

Scanned with OKEN Scanner

3. Cîmpul operator

Înaintea oricărei intervenții chirurgicale trebuie bine pregătite tegumentele regiunii anatomice asupra căreia vom interveni. Simpla spălare a acestora cu apă și săpun este insuficientă. O serie de germeni pot rămîne în stratul exfoliativ al pielii și în orificiile glandulare, constituind o sursă potențială de infecție a plăgii operatorii. În consecință, înaintea oricărei operații, tegumentele vor fi dezinfectate cu o soluție de antiseptic bactericid, de regulă tinctură de iod. Regiunea anatomică pe care operăm va fi încadrată larg de un cîmp bine dezinfectat cu această soluție. Majoritatea chirurgilor utilizează după efectuarea cîmpului de tinctură de iod o a doua aplicație, cu alcool, care diminuează causticitatea iodului. Această manieră de a proceda este în mod deosebit recomandată la copii și în regiunile cu piele delicată : față, gît, plici etc.

Regiunea anatomică la nivelul căreia vom executa incizia este apoi delimitată cu cîmpuri de pînză sterilă pentru a evita o eventuală contaminare a plăgii operatorii cu flora bacteriană din regiunile vecine. Scopul acestor cîmpuri este acela de a nu lăsa în contact plaga operatorie cu o suprafață prea întinsă de tegumente, care oricît ar fi de bine aseptizată cu soluție de alcool tot mai păstrează un potențial bacterigen.

Scanned with OKEN Scanner

În practica obișnuită sînt utilizate 4 tipuri de cîmpuri de pînză :

1. cîmpurile mari, care de regulă au un orificiu la mijlocul suprafeței lor, fac o izolare de ansamblu a regiunii în care se va desfășura intervenția chirurgicală. Ele acoperă abdomenul, toracele, capul și membrele ;

2. cîmpurile mijlocii completează izolarea începută cu cîmpurile mari, delimitînd mai amănunțit regiunea operatorie ;

3. cîmpurile mici de plagă (batistele) sînt cîmpurile care izolează complet plaga operatorie de tegumente.

Pentru a proteja plaga de posibila contaminare cu germenii de pe suprafața tegumentelor, în ultimii ani au fost utilizate sprayuri adezive cu care se pulverizează cîmpul operator. Se obține o peliculă fină adezivă pe suprafața pielii, care se detașează la sfîrșitul intervenției ;

4. cîmpurile moi de tifon sînt de obicei utilizate pentru delimitarea unei regiuni anatomice, din cavitatea abdominală sau toracică, de regiunile din jur. Spre exemplu, ele pot izola micul bazin de restul cavității abdominale într-o intervenție septică în sfera organelor pelvine, sau hipocondrul drept de marea cavitate abdominală într-o colecistectomie sau în cazul unei intervenții pentru un chist hidatic al lobului hepatic drept.

Aceleași cîmpuri pot fi utilizate pentru a izola sau îndepărta masa intestinală din cîmpul operator, obținînd lumina optimă în plagă.

Cîmpurile moi pot fi utilizate pentru efectuarea hemostazei pe suprafețe sîngerînde, ca în cazul decolărilor extrapleurale sau peritoneale, unde nu se poate utiliza hemostaza prin pensarea vaselor.

Există pericolul ca aceste cîmpuri să fie „uitate" în abdomen, îndeosebi în cazul intervențiilor mari, la persoanele obeze sau în timpul marilor urgențe. În consecință, este necesară o perfectă inventariere a cîmpurilor în situ-

Scanned with OKEN Scanner

ațiile în care sîntem nevoiți să utilizăm 2—3 în cavitatea abdominală în timpul intervenției. De teama acestui incident, unii chirurgi atașează la cîmpurile mari de tifon cozi lungi, pe care le scot din plagă și le fixează cu raci sau cu pense la cîmpurile de izolare. Personal nu agreăm acest mod de a proceda.

Cîmpurile mari și mijlocii se fixează la tegumente cu raci sau fire de ață.

Pentru intervențiile mici și mijlocii, fixarea cîmpurilor cu raci la tegumente este suficientă. În intervențiile mari abdominale, la persoane grase, în urgențe sau pentru chirurgii mai puțin antrenați este recomandabil ca fixarea cîmpurilor la tegumente să fie făcută cu fire separate de ață. Acest mod de a proceda are două avantaje :

1. cîmpurile sînt bine fixate și nu mai derapează (ca în cazul racilor) ;

2. fixarea cu raci implică riscul ca aceștia să fie antrenați în plagă în timpul manevrelor chirurgicale.

După ce au fost fixați, racii vor fi ascunși sub cîmpurile de pînză sterilă pentru a nu fi supuși la tracțiuni.

Este indicată fixarea cîmpurilor de plagă cu fire separate de perlon (unii folosesc surjetul). Fixarea lor cu raci nu este recomandabilă : pe de o parte, racii jenează în plagă, iar pe de altă parte, ei pot derapa ușor, făcînd izolarea iluzorie.

În intervențiile mici și mijlocii, cîmpurile se fixează la țesutul celular subcutan. În operațiile mari abdominale, este recomandabil ca ele să fie fixate la peritoneu.

Fixarea cîmpurilor la țesutul celular subcutan în intervențiile mari, care presupun timpi septici, nu conferă o izolare eficientă, deoarece lasă neprotejate planurile musculare și grăsimea properitoneală.

Sînt chirurgi care nu fixează cîmpurile de izolare a plăgii cu fire de ață decît la cele două unghiuri ale plăgii.

Scanned with OKEN Scanner

Cîmpurile sînt petrecute peste buzele plăgii spre peritoneu și sînt fixate la marginile plăgii prin presiunea exercitată asupra lor de depărtătorul abdominal.

În intervențiile pentru cancer de sîn, cîmpurile de izolare a plăgii pot fi fixate la tegumente cu pense Chaput ce pot fi utilizate în același timp și ca tractor asupra tegumentelor, care în acest tip de intervenții sînt decolate pe suprafețe întinse.

Cîmpurile pline de sînge sau de secreții vor fi înlocuite ori de cîte ori acest lucru se impune în timpul intervenției chirurgicale. Cîmpurile murdare dau o impresie neplăcută asupra asistenței. Schimbarea cîmpurilor pline de sînge cu altele curate are totodată un efect tonic asupra operatorului și a echipei chirurgicale.

Scanned with OKEN Scanner

4. Incizia și excizia

Incizia este manopera chirurgicală care constă în secționarea țesuturilor cu ajutorul bisturiului, cu scopul de a crea o cale de acces asupra unui organ bolnav, sau pentru a evidenția un proces patologic.

Înainte de a lua în discuție tehnica propriu-zisă a unei incizii considerăm necesar să facem o scurtă trecere în revistă a anatomiei țesuturilor ce vor trebui secționate.

Pielea, la omul normal este moale, catifelată și umedă, avînd o grosime ce variază între 0,5 — 4 mm, după regiune, vîrstă și sex. Femeile au pielea mai subțire ca a bărbaților, iar copiii — mai subțire decît adulții.

Calitatea pielii de a fi elastică permite repararea cu relativă ușurință a unor plăgi cu lipsă de substanță tegumentară.

Incizia trebuie să evite, pe cît posibil, cutele pielii, unele dintre ele avînd un rol în menținerea poziției unor tendoane.

Țesutul celular subcutan, format din țesut adipos, are grosimi diferite în funcție de regiune, vîrstă, tare organice.

Incizia acestui țesut se recomandă a fi făcută în același timp cu incizia pielii, pe aceeași lungime. La obezi, care au acest panicul foarte bogat, incizia poate fi făcută

Scanned with OKEN Scanner

în doi timpi, dar cu condiția să se păstreze verticalitatea perfectă și o hemostază corectă.

Fascia superficială care învelește întreg organismul este reprezentată de un țesut conjunctiv fibros care se condensează pe alocuri, generînd aponevrozele mușchilor.

Incizia acestei formațiuni anatomice este recomandabil să fie făcută în lungul fibrelor musculare ori de cîte ori este posibil.

Musculatura este recomandabil să fie disociată, evitînd secționarea transversală a fibrelor, care slăbește tonusul regiunilor anatomice, favorizînd apariția eventrațiilor post-operatorii.

Atunci cînd, totuși, se impune secțiunea transversală a mușchiului (ca în incizia Kocher) este necesar ca incizia să fie făcută progresiv cu pensarea vaselor înainte de secțiunea completă a mușchiului. Procedînd astfel se evită retracția mușchilor sub planurile superficiale înainte de efectuarea hemostazei.

Hemostaza în masă prin ligatură transfixiantă, sprijinită, a maselor musculare este o manevră care devitalizează și îngreuiază identificarea planurilor, la refacerea peretelui, totodată predispune la eventrație. (D. Rădulescu).

Viscerele vor fi incizate după prealabila izolare a viitoarei incizii cu meșe de tifon, sau chiar cu cîmpuri mici pentru a evita contaminarea cavităților naturale cu produse patologice.

Poziția chirurgului.

De regulă chirurgul stă în dreapta bolnavului.

La intervențiile ginecologice sau pe organele situate în micul bazin (rect, vezică, prostată etc.) chirurgul stă pe stînga pentru a putea explora mai ușor cu mîna dreaptă aceste organe.

Scanned with OKEN Scanner

Tot de partea stîngă se va așeza chirurgul în intervențiile pentru membrele de partea stîngă ca și în intervențiile pe hemitoracele stîng.

În intervențiile pe organele perineale (anus, vagin) sau pe rectul inferior, chirurgul se așează între picioarele bolnavului (acesta fiind pus în poziție ginecologică, cu picioarele larg desfăcute).

Ajutorul se plasează de regulă în fața chirurgului, iar al doilea ajutor se plasează între primul ajutor și masa de instrumente.

Pentru a obține o cicatrice estetică de bună calitate, este obligatoriu ca incizia țesuturilor să fie făcută corect. În cele ce urmează, vom încerca să trecem în revistă cîteva dintre condițiile tehnice care trebuie îndeplinite pentru a efectua o incizie :

1. **Bisturiul trebuie să fie bine ascuțit iar incizia trebuie făcută cu mînă sigură**, altfel se obțin incizii scrijelate. În timpul inciziei tegumentele vor fi fixate între policele și indexul mîinii stîngi.

Întinderea pielii trebuie să fie uniformă, pentru ca să nu existe tracțiuni inegale de o parte sau de alta a buzelor plăgii.

Pe măsură ce incizia progresează, se mută și cele două degete ale mîinii stîngi care întind pielea, fără a ridica bisturiul din plagă.

2. **Bisturiul se ține cu mîna dreaptă ca un creion,** poziție care conferă gestului siguranță și eleganță. Priza bisturiului cu toată mîna, ca un cuțit sau ca un jungher, așa cum îl utilizează unii chirurgi, este mai puțin elegantă și poate fi recomandabilă doar în cazul în care sînt secționate țesuturi foarte rezistente.

3. **Pentru a obține o incizie corectă este obligatoriu ca lama bisturiului să fie perpendiculară pe tegumente și pe celelalte țesuturi.** Se plasează bisturiul perfect perpendicular pe pielea întinsă, apoi prin apăsare lama pătrunde

Scanned with OKEN Scanner

în grosimea ei (Fig. 1). Se înclină apoi mînerul în așa fel încît să facă cu pielea un unghi de 30—40° și apăsînd ușor muchia bisturiului să urmeze traseul tegumentar pe care ni l-am propus. Pentru începători, mai ales, este recomandabil ca acest traseu să fie desenat înainte de începerea operației cu creion dermatograf sau, după efectuarea anesteziei, prin escorierea discretă a tegumentelor cu vîrful bisturiului.

Poziția oblică a bisturiului duce la efectuarea unor incizii tegumentare defectuoase (bizotate), care se afrontează greu atunci cînd sînt suturate și dau cicatrici inestetice.

4. **Incizia tegumentelor va fi totdeauna ceva mai lungă decît a țesuturilor din profunzime (aponevroze, mușchi etc.).**

Această manieră de a proceda are avantajul de a facilita la sfîrșitul intervenției recunoașterea corectă a planurilor și sutura lor. În același scop, lungimea inciziei se micșorează cu fiecare strat străbătut de bisturiu. Astfel incizia tegumentelor este mai lungă cu 1 cm față de stratul musculoaponevrotic (cîte 0,5 cm la fiecare extremitate). Aceeași diferență este menținută și la incizia straturilor următoare. Lungimea plăgii scade deci din suprafață și profunzime.

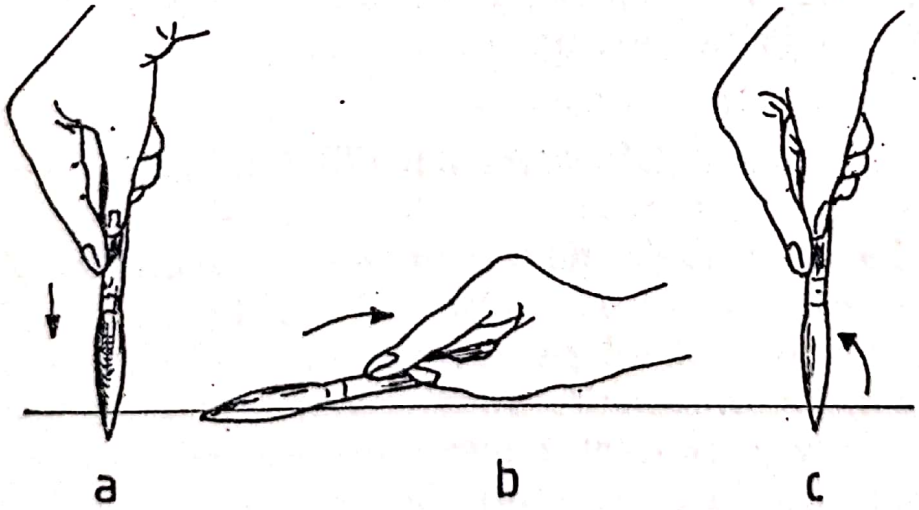

Fig. 1 — Incizia pielii și a țesutului celular subcutanat (după Queau)

Scanned with OKEN Scanner

Dimpotrivă, la o plagă „săpată" pe sub tegumente hemostaza scapă de sub control, iar închiderea planurilor se face cu dificultate.

5. **Secțiunea țesuturilor trebuie făcută progresiv, plan cu plan.**

Maniera de a secționa dintr-o singură trăsătură de bisturiu toate planurile anatomice („coup de maître") este periculoasă : în cursul acestei manevre pot fi lezate eventualele organe aderente la perete (ficat, stomac, colon etc.), deoarece nu putem aprecia întotdeauna corect grosimea peretelui abdominal.

Sînt bolnavi aparent slabi, care au un perete abdominal gros și alți bolnavi, în aparență obezi, cu perete abdominal subțire.

Un alt motiv pentru care incizia trebuie executată progresiv este și acela că acest mod de a proceda facilitează hemostaza progresivă. Secționînd dintr-o dată toate planurile, se deschid simultan mai multe vase, ceea ce presupune pierderi sanguine mari, fapt care în cazul unor bolnavi cu un grad avansat de anemie nu este lipsit de importanță.

În afara bisturiului clasic, pentru efectuarea inciziilor se mai utilizează astăzi bisturie cu lama detașabilă, folosite în special în chirurgia plastică, și bisturiul electric, preferat în unele operații oncologice.

CALITĂȚILE UNEI INCIZII CORECTE

1. **Incizia trebuie perfect adaptată scopului propus.** Aceasta presupune ca incizia să fie bine centrată pe regiunea sau organul pe care dorim să-l abordăm.

Astfel, în afecțiunile superficiale incizia se face în zona bolnavă, iar pentru abordul unor organe profunde incizia se va face în zona de proiecție superficială a organului respectiv.

Scanned with OKEN Scanner

2. **Să fie suficient de lungă pentru a permite explorarea corectă a plăgii și desfășurarea intervenției în condiții de deplin confort.** De lungimea inciziei depinde confortul chirurgului în plagă, de acest amănunt se leagă și buna vizualizare a regiunii și organului abordat.

„Lungimea inciziei este în raport cu regiunea pe care se operează, cu profunzimea organului bolnav și cu experiența chirurgului. Cu cît peretele este mai gros, cu cît organul este mai profund și cu cît chirurgul este mai tînăr, cu atît incizia trebuie să fie mai lungă" — N. Anghelescu.

Incizia, deci, nu este un simplu act mecanic, ci trebuie gîndită în raport cu o serie de factori.

Vechea butadă „incizie mare, chirurg mare" și-a pierdut astăzi mulți admiratori. Butadele sînt frumoase, dar nu totdeauna au o acoperire științifică. Orice plagă mare presupune un traumatism chirurgical major și, fără îndoială, ea explică riscuri post-operatorii mai mari (hematoame, supurații, eventrații etc.). În consecință, în intervențiile la care preoperator nu avem un diagnostic precis, este recomandabil să executăm o incizie moderată, ca lungime, urmînd ca ea să poată fi ulterior prelungită în funcție de localizarea leziunii.

Efectuarea unei incizii mari la un bolnav la care bănuim un cancer inoperabil al unui organ abdominal, este complet nejustificată. În astfel de situații este preferabil să efectuăm o laparatomie exploratorie minimă și, în funcție de rezultatul explorării chirurgicale a leziunilor, să decidem dacă este sau nu indicată prelungirea inciziei.

La polul opus se situează mentalitatea periculoasă a unor chirurgi de a efectua incizii mici cu orice preț, pentru a obține cicatrici estetice. Dan Rădulescu definește această mentalitate ca fiind „boala copilăriei chirurgicale". Pericolele pe care le poate genera această tendință nu sînt de neglijat :

Scanned with OKEN Scanner

— traumatizarea marginilor plăgii cu depărtătoarele ;

— explorarea insuficientă în profunzime a plăgii și riscul de a nu recunoaște și de a ignora unele leziuni ;

— riscul de a produce accidente intraoperatorii din cauza lipsei de confort chirurgical și, prin identificarea falsă a unor formațiuni anatomice, dificultatea de a stăpîni aceste accidente (leziuni vasculare sau de organe) în condițiile disconfortului chirurgical generat de o incizie insuficientă. În plus, există chiar riscul de a nu recunoaște măcar accidentul produs intraoperator, din cauza lipsei de lumină în plagă ;

— exteriorizarea organelor din cavitatea abdominală nu poate fi făcută în circumstanțele unei incizii insuficiente decît cu riscul unor tracțiuni brutale care, de asemenea, expun la accidente.

3. **O incizie perfect executată permite o afrontare corectă a țesuturilor din profunzime în suprafață.** O incizie tegumentară efectuată cu oblicizări și scrijelituri trebuie corectată prin excizia zonei cu „defect" ; în caz contrar se obțin cicatrici inestetice. Incizia tegumentară trebuie să fie perfect lineară ; ea nu trebuie să se termine în „coadă de rîndunică".

4. **Incizia trebuie să țină cont de liniile de forță din piele,** ceea ce permite obținerea unei cicatrici estetice.

5. **Incizia trebuie să evite fața funcțională a membrelor** pentru a nu supune postoperator cicatricile la tracțiuni.

6. **Incizia trebuie să fie paralelă cu principalele formațiuni ale regiunii :** vase, nervi (care eventual ar putea fi lezate în cazul inciziilor transversale).

7. **În profunzime, inciziile vor menaja pe cît posibil elementele anatomice importante :** vase, nervi, mușchi, care vor fi disociate, în loc de a fi secționate.

8. **În urgențe, ca și în cazurile în care diagnosticul de leziuni și organe nu este sigur, vor fi preferate inciziile**

Scanned with OKEN Scanner

mediane, care au avantajul că pot fi ușor prelungite cranial sau caudal, sau branșate lateral, în funcție de cerințele intervenției.

9. **Inciziile executate pentru evacuarea colecțiilor trebuie plasate la punctul decliv al acestora.**

EXCIZIA

Excizia este deseori cuprinsă în actul inciziei.

Pentru excizia unui fragment dintr-o leziune, în scop bioptic sau terapeutic, incizia va fi efectuată în formă de elipsă.

Principiile generale de efectuare a exciziilor sînt în mare aceleași cu cele expuse la capitolul inciziilor.

În cele ce urmează ne vom referi doar la cîteva particularități în ceea ce privește tehnica efectuării exciziilor tegumentare.

Pentru a obține o cicatrice estetică, excizia tegumentară va trebui efectuată ținînd cont de o serie de factori : de liniile cutanate, de regiunea în care este efectuată și de vîrsta pacientului, de tipul de piele și de eventualele displazii cutanate ce pot influența procesul de cicatrizare (C. Dragomir).

Excizia sau incizia trebuie astfel planificată încît sutura să fie paralelă cu liniile cutanate adiacente.

Lange a întocmit o veritabilă hartă a liniilor cutanate care trebuie cunoscute, îndeosebi în cazurile în care se urmărește obținerea unei cicatrice estetice. (Fig. 2)

Exciziile leziunilor cutanate se pot executa în elipsă, circular sau în „pană", în funcție de dimensiunile, natura leziunii și regiunea anatomică în care aceasta este localizată.

Pentru a obține o cicatrice tegumentară de bună calitate, după excizia unei elipse tegumentare este necesar ca axul lung al acesteia să fie de 4 ori mai mare decît

Scanned with OKEN Scanner

axul scurt, adică A = 4 B (Fig. 3). Cu cît elipsa este mai alungită, cu atît afrontarea este mai facilă. Cînd axul lung, adică A, este mai mic decît 4 B, atunci la cele două extremități ale liniei de sutură se adună un exces sub forma unei urechi de cîine („dog ear").

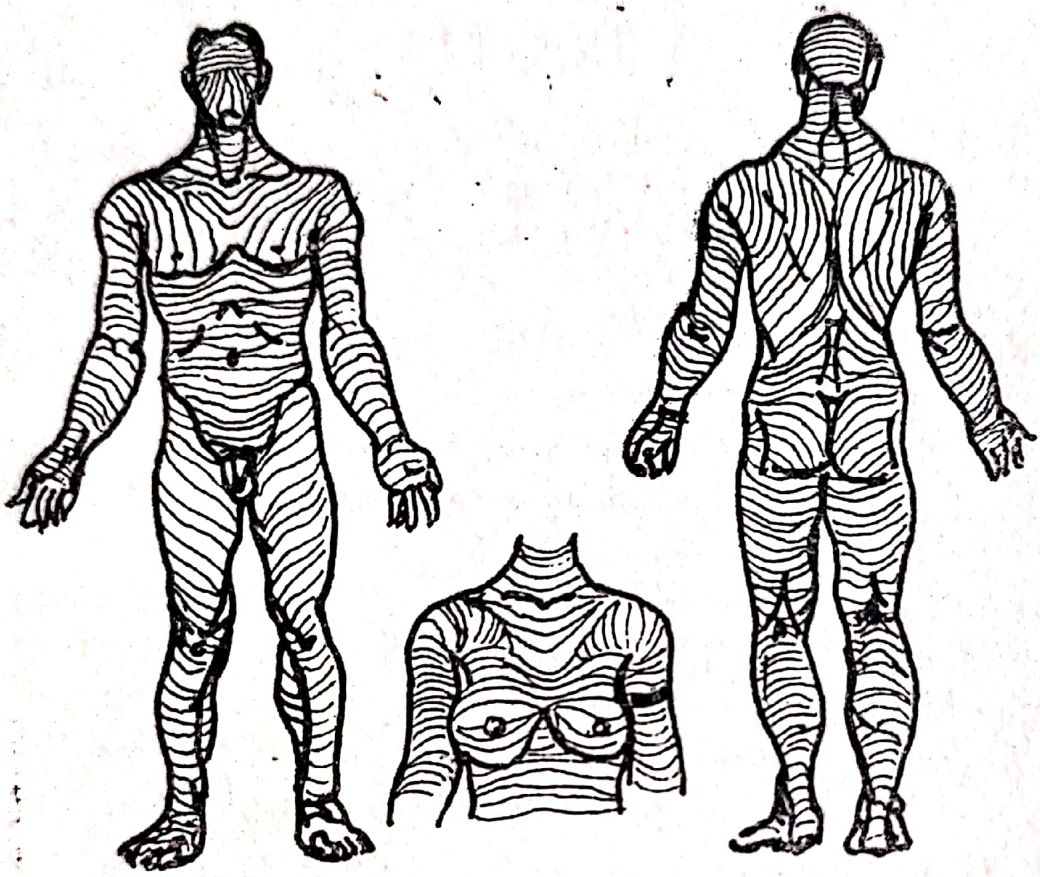

Fig. 2 — Liniile lui Lange

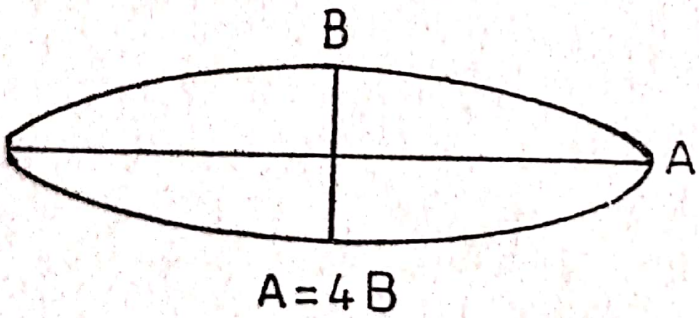

Fig. 3 — A = 4 B

Corectarea acestui deficit se poate face în două maniere :

a) prelungirea axului lung al elipsei, sau

Scanned with OKEN Scanner

b) se suturează plaga pînă ce „urechea" devine evidentă. Se ridică cu pensa „virful urechii" și se excizează lamboul în exces la baza sa în prelungirea inciziei (Fig. 4).

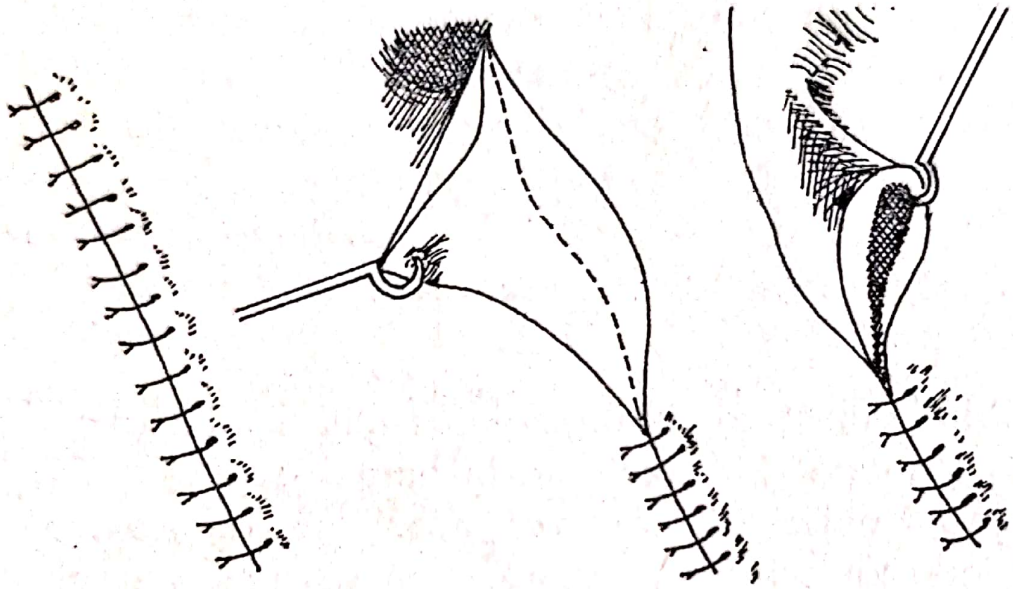

Fig. 4 — Tehnica rezolvării „urechii de ciine"

Scanned with OKEN Scanner

5. Hemostaza chirurgicală definitivă

Prin hemostaza chirurgicală definitivă înțelegem totalitatea manoperelor efectuate în timpul actului chirurgical în scopul obliterării unui vas efracționat care sîngerează utilizînd cauterizarea, sutura, tamponarea sau ligatura vasului.

Intraoperator, hemostaza poate fi făcută provizoriu prin compresiunea manuală sau digitală a traectului unui vas care sîngerează sau, pur și simplu, prin comprimarea orificiului de efracție a vasului.

Definitivarea hemostazei se realizează printr-o serie de procedee pe care le vom enumera mai jos.

— **Forcipresura** este o manevră mai rar utilizată ; ea constă în zdrobirea vasului care sîngerează prin strivirea executată de o pensă de hemostază.

Prin zdrobirea vasului se produce o eliberare de trombochinază care duce la formarea unui cheag. Metoda poate fi recomandabilă doar la hemostaza vaselor foarte mici.

Deși în aparență simplă, manevrarea penselor de hemostază poate pune unele probleme începătorului. Priza corectă a penselor se face astfel : policele este introdus în unul din inele pînă la nivelul articulației dintre

Scanned with OKEN Scanner

cele două falange ; inelarul se introduce în celălalt inel al pensei pînă la falanga a doua și rămîne ușor flectat ; mediusul, în ușoară flexie, se sprijină cu falanga a doua pe unghiul format de inelul în care s-a introdus inelarul și brațul respectiv ; indexul este întins și se sprijină cu vîrful său pe corpul pensei. (Fig. 5)

Un alt mod de prindere a pensei este „în sens invers" (a rébours) sau „de-a-ndoaselea". Policele se introduce într-un inel și mediusul în celălalt, inelarul și auricularul se sprijină pe brațul mediusului, indexul rămîne liber iar vîrful pensei este îndreptat spre cel care o manevrează. (Fig. 6)

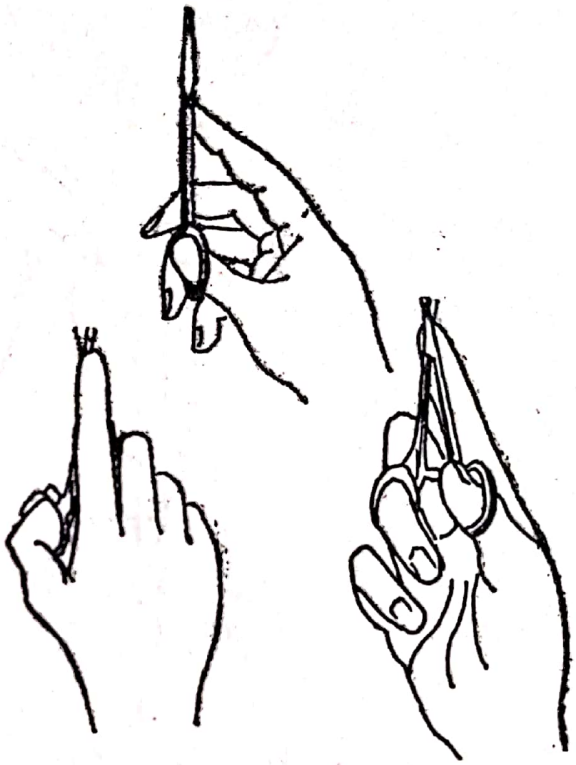

Fig. 5 — Cum se ține o pensă chirurgicală

— Ligatura chirurgicală

Ligatura vaselor este metoda de selecție prin care se realizează hemostaza într-o plagă.

Vasul care sîngerează este în prealabil pensat cu o pensă Kocher sau Pean și apoi este legat cu fir rezorbabil sau nerezorbabil.

Catgutul este materialul rezorbabil cel mai utilizat pentru ligatura vaselor mici subcutanate și submucoase.

Cel mai utilizat material nerezorbabil, la ora actuală, este nylonul. Ținînd cont de faptul că nylonul este elastic și că nodul poate slăbi, este obligatoriu să facem 3—4 noduri.

Scanned with OKEN Scanner

Nodul chirurgical

Bobina de nylon sau catgut se ţine în mîna stîngă iar firul se trece între medius şi inelar. Ligatura vaselor se poate face şi cu fire izolate, lungi de 25—30 cm,

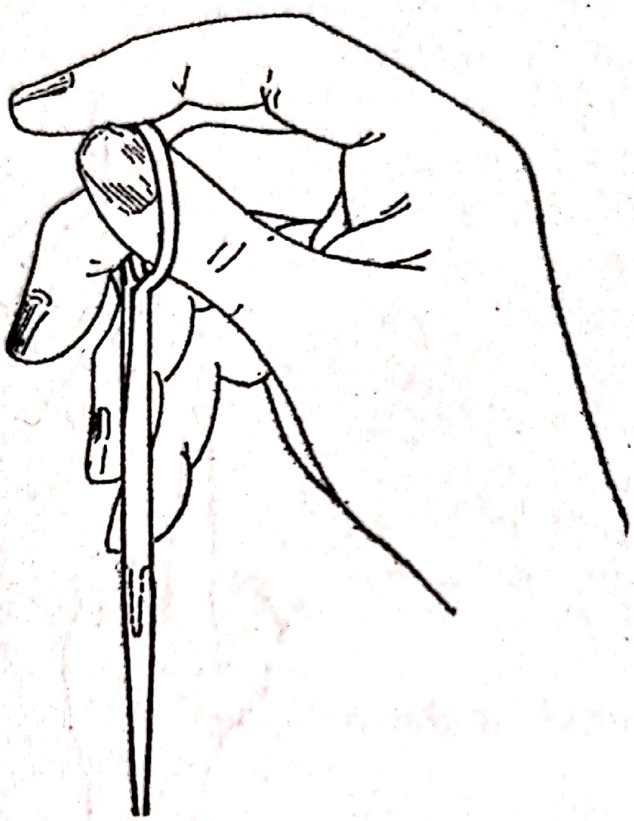

Fig. 6 — Prinderea pensei „a rébours" (după Orsoni)

tăiate din bobină. Firele se strîng utilizînd vîrful indexurilor. Sînt chirurgi care utilizează policii pentru strîngerea firelor (la suprafaţă) iar indexii se utilizează doar la strîngerea nodurilor în profunzime. Strîngerea nodurilor în profunzime trebuie făcută dozat şi cu grija de a nu smulge pediculii legaţi.

După ce au fost înnodate, firele de material nerezorbabil se taie razant cu nodul pentru a nu lăsa mult material străin în plagă, iar capetele firelor de catgut pot fi lăsate ceva mai lungi.

Scanned with OKEN Scanner

Firele înnodate pot fi secționate atît de către operator cît și de către ajutor, cu foarfecele drept sau curb la nodurile de suprafață și cu foarfecele lungi curbe pentru nodurile din profunzime. Foarfecele, cînd se taie firele, este îndreptat totdeauna cu convexitatea spre nod.

— **Efectuarea nodului.** Pentru ca nodul să fie eficient trebuie să aibă cel puțin două bucle (prima buclă poate fi făcută chiar înainte de a trece firul pe sub vîrful pensei).

Pentru a înțelege clar modul de execuție a nodurilor, în reprezentarea grafică vom face cîteva precizări :

— capetele firului văzute dinspre cel ce execută nodul sînt : unul drept (negru) și altul stîng (alb) (Fig. 7) ;

— pe figură, pedicelul de legat este reprezentat perpendicular pe planul paginii, iar nodul este paralel cu pagina.

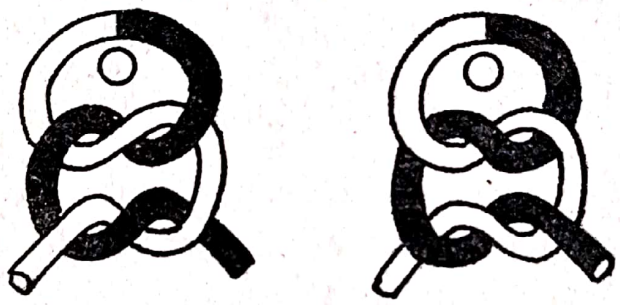

Fig. 7 — Nodul drept (după Orsoni)

Cele mai utilizate tipuri de noduri sînt următoarele :

1. **Nodul oblic** este alcătuit din două bucle, diferite ca orientare :

— prima buclă aduce firul alb (stîng) posterior și-l încrucișează pe cel negru (drept) posterior, apoi anterior și iese tot posterior ;

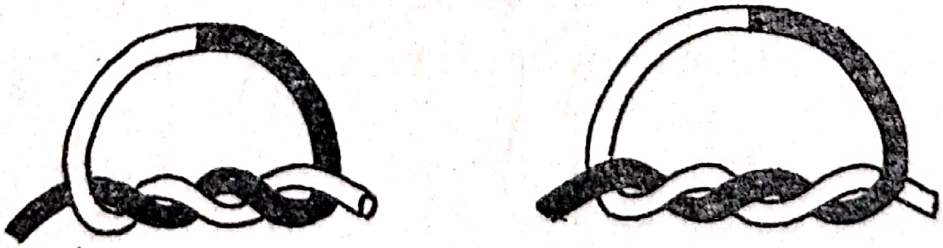

Fig. 8 — Nodul chirurgical (după Orsoni)

Scanned with OKEN Scanner

— a doua buclă aduce firul alb anterior care-l încrucișează pe cel negru posterior și iese anterior.

În varianta cu firul alb anterior, execuția are loc în același mod, cu deosebirea că se schimbă poziția firelor.

A doua buclă se execută în mod asemănător, dar în sens invers.

2. **Nodul drept** este format din două bucle cu orientare asemănătoare.

3. **Nodul chirurgical** denumit și marinăresc se caracterizează prin faptul că prima buclă este dublă în așa mod încît firul alb trece de 3 ori peste cel negru. (Fig. 8)

A doua buclă se face asemănător celor de mai sus.

4. **Nodul Pauchet,** deși este elegant, nu are soliditatea celor drepte, deoarece nodurile vin înșirate pe un fir și pot derapa. Sînt contraindicate în chirurgia vaselor mari, unde pulsațiile ritmice pot duce la deraparea nodurilor.

Nodurile Pauchet pot căpăta soliditate dacă sînt efectuate succesiv cu ambele mîini, dar foarte puțini chirurgi fac acest nod și cu mîna stîngă.

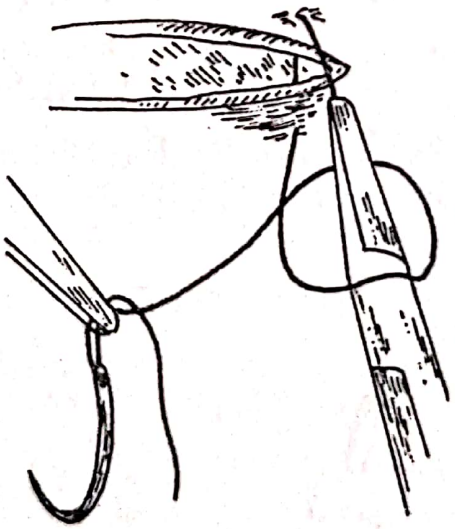

Fig. 9 — Nodul pe pensă

Scanned with OKEN Scanner

5. **Nodul pe pensă** este utilizat în plăgile profunde, acolo unde degetele nu pot pătrunde. Se utilizează de regulă pense Pean lungi.

Un capăt de fir este făcut buclă în jurul pensei, apoi vîrful pensei apucă capătul celuilalt fir și nodul se strînge. Bucla următoare se poate executa invers. Pentru ligatura vaselor din profunzime nodul poate fi făcut la suprafață în jurul unei pense vasculare lungi și apoi, cu o pensă de disecție lungă, nodul este condus spre vîrful pensei.

Pentru ca primul nod făcut să nu slăbească se impune ca, pînă la efectuarea celui de al doilea nod, firele să fie ținute în tensiune. (Fig. 9)

Tamponarea plăgii în scop hemostatic este o metodă de excepție. Este utilizată pentru a obține hemostază în cazul unor sîngerări în suprafață, cînd nu se poate realiza acest lucru prin pensarea și ligatura vaselor. Astfel de sîngerări pot fi întîlnite în intervențiile asupra unor cavități naturale (cavitate nazală, uter) sau în sîngerările postoperatorii din loja splenică, prostatică sau pelvis.

Această metodă poate fi utilizată și după evacuarea unor colecții purulente sau pentru a realiza hemostaza pe suprafețe parenchimatoase care sîngerează „en nappe".

Pentru tamponament sînt utilizate meșe sterile de tifon, de diferite mărimi, și chiar cîmpuri sterile de tifon, care se introduc progresiv în cavitatea în care dorim să obținem hemostaza. Înmuierea meșelor și a cîmpurilor în apă oxigenată poate spori efectul lor hemostatic.

O variantă a acestei forme de hemostază o constituie sacul Micklulicz, astăzi mai puțin utilizat, care este un cîmp moale de tifon circular cu diametrul de 40—60 cm, avînd cusută în centrul său o meșă care facilitează extragerea sacului din cavitate.

Scanned with OKEN Scanner

Capitonajul este o tehnică frecvent utilizată pentru a realiza hemostaza unor suprafețe sîngerînde, prin punerea în contact strîns a pereților unor cavități cu ajutorul firelor de catgut.

Sutura în masă a țesuturilor. În cazul de sîngerare în masă a unor țesuturi sau organe, se poate merge la suturarea marginilor plăgii cu fire nerezorbabile trecute în „x", încărcînd pe ac mai gros buzele plăgii astfel ca să fie interesată toată grosimea peretului ; apoi se strîng firele.

Hemostaza cu pensă lăsată „à demeure" pe vas este o tehnică de indicație excepțională. Pensa se lasă pe loc 2—4 zile apoi se slăbește treptat, dar riscul sîngerării secundare este foarte mare.

Obliterarea vaselor cu diferite substanțe (ceară specială, catgut, bureți rezorbabili) este o metodă utilizată îndeosebi în neurochirurgie.

Cauterizarea este fără îndoială cea mai veche metodă de hemostază, cunoscută încă din antichitate. Este o metodă rapidă și eficientă de hemostază a vaselor mici dar care nu poate fi utilizată și în hemostaza vaselor mari.

Hemostaza se face cu termocauterul sau prin electrocoagulare. Prin ambele metode se produce coagularea substanței albuminoide și astuparea vasului, consecutiv degajării unei mari cantități de căldură.

Sînt folosite în acest scop surse de curent electric de înaltă frecvență și voltaj mic.

Embolizarea

Perfecționarea arteriografiei selective a făcut posibilă apariția unor tehnici de mare finețe în diagnosticarea și tratamentul unor hemoragii viscerale, între care embolizarea ocupă un rol important. Se caracterizează vasul

Scanned with OKEN Scanner

erodat sub ecranul radiologic și apoi prin cateter se colmatează efracția vasculară cu o substanță sintetică rezorbabilă (spongel), fragmente de cheag autolog sau chiar cu bile sterile de plumb.

*
* *

Grija cu care se efectuează hemostaza este fără îndoială una din calitățile definitorii ale unui bun chirurg. Nimic nu impresionează mai neplăcut și nu împiedică desfășurarea în bune condiții a unui act operator ca o hemostază defectuoasă.

— Sîngerarea prelungită necesită tamponări repetate ale plăgii, soldate cu pierdere de timp și disconfort operatoriu. În aceste condiții apare dificultatea de a identifica corect formațiunile anatomice și, implicit, pericolul accidentelor intraoperatorii.

— Hemostaza îngrijită evită sîngerările postoperatorii și hematoamele cu toate consecințele grave care decurg de aici.

Și în ceea ce privește hemostaza, concepțiile chirurgilor pot diferi. Sînt unii care fac o hemostază minuțioasă, capilară chiar ; acestora li se impută faptul că prin ligaturi exagerate lasă prea mult material străin în plagă. Alții, dimpotrivă, leagă numai vasele care sîngerează în jet, iar în rest fac numai forcipresura vaselor sau, pur și simplu, contează pe hemostaza spontană. Această ultimă manieră de a proceda este foarte greu de recomandat. În experiența personală am întîlnit două cazuri care au sîngerat mai mult de un litru, în cîteva ore, din vase mici dermice.

Scanned with OKEN Scanner

REGULI GENERALE ÎN EFECTUAREA HEMOSTAZEI CHIRURGICALE

— **Hemostaza trebuie făcută progresiv, plan cu plan, pentru a evita pierderile nejustificate de sînge.**

Sînt unii chirurgi care fac hemostaza numai după ce au secționat toate planurile ; ei lasă o compresă mare în plagă în scop hemostatic și trec apoi la pensarea vaselor care sîngerează.

Acest mod de a proceda poate fi înțeles și acceptat în cazul plăgilor chirurgicale mici (pentru apendicită, hernie sau pentru inciziile mediane ale peretelui abdominal), dar pentru o incizie mare, cum este cea subcostală Kocher, care traversează mase musculare bogat vascularizate, procedeul e greu de recomandat.

Majoritatea chirurgilor optează pentru o hemostază progresivă, care urmează pas cu pas secțiunea țesuturilor.

— Pensele de hemostază vor fi strict adaptate regiunii anatomice și particularității vaselor pe care se operează.

Pentru hemostaza vaselor tiroidiene se vor utiliza pensele fine Mosquito ; pentru vasele din hilul organelor se vor utiliza pensele vasculare lungi tip Overholdt. La suturile vasculare sînt utilizate pensele Satynsky și Derra etc.

Orice improvizație poate duce la accidente vasculare grave. Astfel, utilizarea penselor Kocher sau Pean pentru pensarea vaselor din hiluri este considerată din aceste motive ca periculoasă, ele neavînd calitățile ce se impun pensării unor vase fine din profunzime.

— **Hemostaza trebuie făcută pensînd strict vasul care sîngerează, perpendicular pe traectul lui.** Este recoman-

Scanned with OKEN Scanner

dabil ca vîrful pensei să depășească cu 1—2 mm pedicului pensat, pentru ca firul care leagă să aibă o priză bună.

Pensarea vasului împreună cu fragmente mari de mușchi, grăsime sau ganglioni poate duce la deraparea firului de legătură.

— **Pe măsură ce vasele au fost pensate, ele trebuie legate.** Nu este recomandabil de a lucra cu mai multe pense de hemostază nelegate în plagă deoarece, pe de o parte, jenează desfășurarea normală a operației, iar pe de altă parte există pericolul permanent de a le smulge. Din același motiv, chiar și pe organele pe care le rezecăm nu trebuie lăsate prea multe pense nelegate ; ligatura este mult mai puțin vulnerabilă decît pensa la tracțiuni și la alte manevre operatorii.

— **Înainte de a începe ligatura vaselor, ajutorul are obligația** de a încerca rezistența firelor (mai ales atunci cînd se leagă vase importante).

Ruperea unui fir atunci cînd se efectuează ligatura unor vase cu debit mare se poate solda cu incidente hemoragice neplăcute.

— **În cursul intervențiilor mari, executate sub anestezie generală, chirurgul va fi permanent informat de variațiile tensionale ale bolnavului.** Nu trebuie uitat faptul că multe droguri utilizate în anestezie sînt hipotensoare, fapt care face ca o serie de vase secționate să nu sîngereze pe moment. Există deci riscul ca aceste vase să sîngereze postoperator, după normalizarea tensiunii arteriale.

— **Nodurile se fac numai din vîrfurile degetelor,** fără a utiliza mîna sau antebrațele. Gesturile suplimentare făcute în timpul efectuării nodurilor trebuie evitate, deoarece pot genera tracțiuni care duc la deraparea nodurilor sau la ruperea vaselor.

Scanned with OKEN Scanner

— **Pensa va fi prezentată, pentru a se efectua legătura vasului, manevrînd-o cu blîndețe cu vîrful spre cel care face ligatura, astfel ca nodul să poată cădea sub vîrf.**

Vîrful pensei nu trebuie să fie mascat de nici un fel de țesut. În caz contrar, există pericolul ca, după ligatură, în timpul retragerii pensei să se smulgă nodul, dacă acesta a fost făcut pe vîrful pensei.

— Pentru ușurința efectuării nodurilor, la începători se recomandă ca pensele de pe versantul plăgii aflat înspre partea operatorului să fie făcute de ajutor, iar cele de pe versantul dinspre partea ajutorului — de către operator.

Pentru hemostaza vaselor dermice este obligatoriu ca nodul să fie făcut de partea opusă pielii, pentru a nu împiedica afrontarea tegumentelor în timpul suturii acestora.

Este recomandabil ca nodurile de pe vasele importante (vase din hil) să fie făcute de către operator.

— Hemostaza vaselor din hilul organelor trebuie făcută cu pense lungi, cele mai utilizate fiind cele tip Overholdt. Acestea sînt pense lungi, au vîrful curb și ascuțit care permite pensarea și ligatura vaselor în depline condiții de securitate.

— **Nu este recomandabil de a pune mai mult de 2—3 pense pe vasele din hil fără a le lega,** deoarece și aici există riscul unor tracțiuni și derapări, iar hemoragiile la acest nivel sînt greu de stăpînit.

— Primul nod pentru ligatura vaselor din hiluri sau din profunzimea cavităților naturale (torace, abdomen, pelvis) se execută deasupra plăgii. Nodul este condus sub vîrful pensei vasculare cu o pensă lungă de disecție. Urmează strîngerea nodului, indexul drept se află lîngă nod în poziție fixă pe un capăt al firului, iar cu mîna stîngă, deasupra plăgii, se execută tracțiuni progresive,

Scanned with OKEN Scanner

dozate, care finisează strîngerea nodului. (Fig. 10) Conducerea primului nod cu degetul sub pensa vasculară este neelegantă şi poate duce la smulgerea pensei de hemostază.

— **Nodurile trebuie făcute pe loc,** fără a executa, în timpul efectuării lor, tracţiuni pe vas.

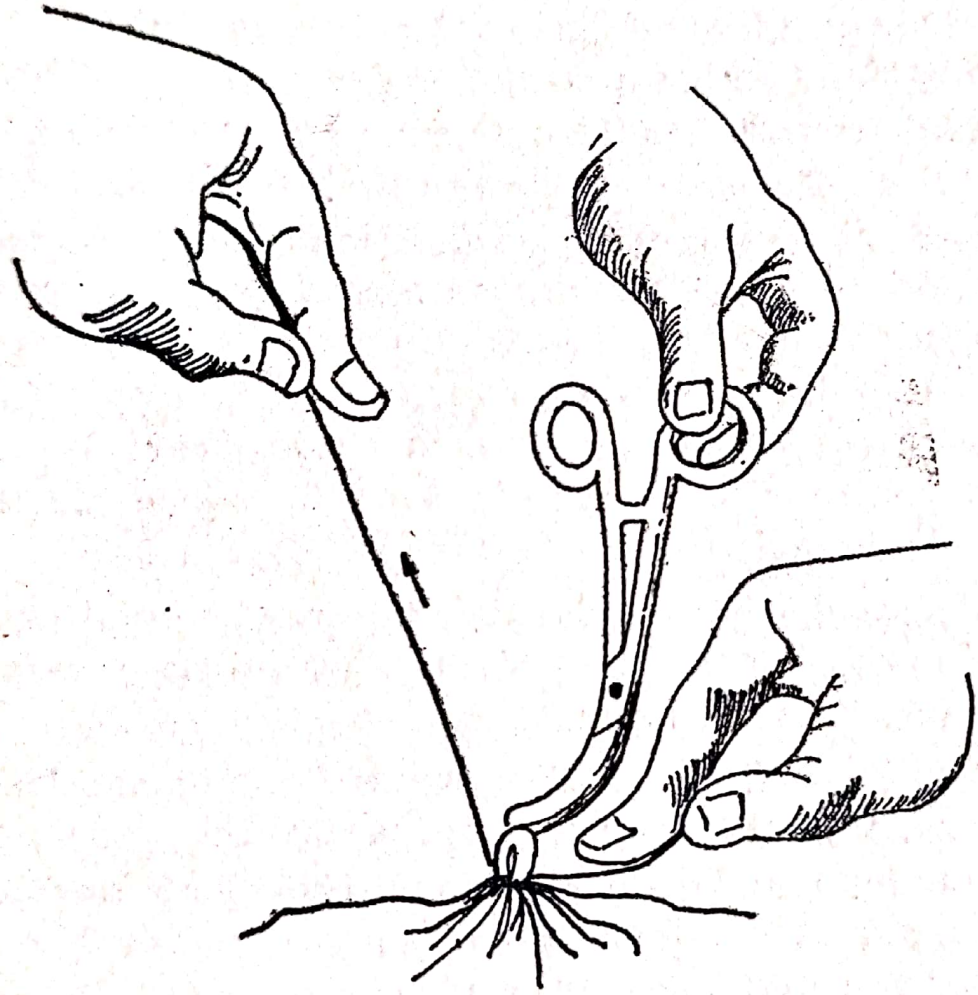

Fig. 10 — Tehnica strîngerii nodurilor pe vasele din hil

— **Firele trebuie bine adaptate, ca lungime, la profunzimea plăgii.**

Firele scurte predispun la ruperea pediculilor, iar cele lungi sînt, în schimb, greu de manevrat, se pot încurca.

Scanned with OKEN Scanner

Strîngerea nodului pe un vas se face numai după perfecta poziționare a acestuia sub vîrful pensei.

Tentativa de a repoziționa nodul după ce acesta a fost parțial strîns este periculoasă.

— **Grosimea firelor va fi adaptată în funcție de dimensiunile vaselor** și pediculilor pe care îi avem de legat.

Vasele mari (arterele și venele pulmonare), vasele coronare gastrice, pediculii voluminoși ai marelui epiplon trebuie legați cu fire groase de nylon (nr. 5 sau 6) ; vasele de mărime medie pot fi legate cu fire de nylon sau bumbac subțire nr. 9 sau 10. Utilizarea firelor groase la ligatura vaselor mici este periculoasă, deoarece poate duce la derapări. În plus, firele groase au fost deseori încriminate în apariția unor granuloame de fir, prezența lor presupunînd o cantitate mare de material străin în organism, la care acesta poate reacționa. În cîteva cazuri, am intervenit pentru microabcese ale cavității abdominale, generate de granuloame de fir produse de fire nr. 5 sau 6.

Personal, sîntem adepții firelor nerezorbabile subțiri, ori de cîte ori acest lucru este posibil, din motivele expuse mai sus.

Utilizarea firelor subțiri pentru ligatura vaselor și a pediculilor mari este periculoasă, deoarece, pe de o parte, se pot rupe în timpul strîngerii nodului, iar pe de altă parte pot secționa țesuturile.

— **Pediculii vasculari și tisulari ce trebuie legați vor fi cît mai puțin voluminoși,** în ideea de a nu lăsa pe loc pediculii mari care, ulterior, vor fi supuși necrobiozei. Cu cît un pedicul este mai mic ca volum, cu atît ligatura este mai sigură. Este bine ca pediculii vasculari și tisulari voluminoși să fie reajustați după ligatură, atunci cînd este posibil.

Scanned with OKEN Scanner

— **Capetele firului legat se taie scurt, 3—4 mm, pentru a nu fi supuse la tracțiuni** și pentru a nu lăsa în plagă mult material străin.

După ce au fost înnodate, firele se țin în ușoară tensiune între policele și indexul stîng și apoi sînt secționate cu foarfeca.

— În timpul efectuării nodului pe vase importante este necesară o perfectă sincronizare a gesturilor operatorului cu cele ale ajutorului. În timp ce unul strînge nodul, celălalt slăbește progresiv pensa. Acest lucru este deosebit de important în cazurile în care se leagă pediculii vasculari ai unor epiploane bogate în țesut grăsos.

Pe vasele mari sînt necesare două ligaturi la distanță de 3—4 mm una de alta.

Strîngînd nodul fără a slăbi pensa, firul taie. Totodată este posibil ca ligatura să nu fie eficientă și să derapeze dacă nu se procedează în maniera mai sus arătată.

Nodul trebuie bine strîns pe vas, dar nu exagerat. Strîngerea intempestivă a nodurilor poate duce la secționarea vaselor. Chirurgul începător trebuie să-și formeze treptat deprinderea de a strînge „dozat".

— Pentru hemostaza definitivă a vaselor se utilizează catgutul, bumbacul, nylonul etc.

Sînt chirurgi care utilizează în exclusivitate firele nerezorbabile. Majoritatea însă utilizează firele rezorbabile și nerezorbabile diferențiat, de la situație la situație.

— **În mediul septic vor fi utilizate numai fire rezorbabile.** Firele nerezorbabile pot fi sursa unor supurații cronice neplăcute (granuloame de fir). Firele rezorbabile de catgut sînt utilizate de regulă pentru ligatura vaselor de la nivelul țesutului subcutanat celular și în cazul în care se utilizează în mediul septic (urologie, ginecologie etc.).

Scanned with OKEN Scanner

— Ligatura vaselor importante (artera uterină) se face, chiar în aceste cazuri, tot cu fire nerezorbabile.

Hemostaza vaselor pancreasului, obligatoriu, este făcută tot cu fire nerezorbabile. La acest nivel catgutul ar fi repede lizat de sucul pancreatic, fapt ce poate genera hemoragii secundare.

DIFICULTĂȚI ȘI INCIDENTE ÎN CURSUL HEMOSTAZEI CHIRURGICALE

— În situațiile dificile, în care vîrful pensei nu depășește marginea vasului pensat și deci nu se poate executa o ligatură chirurgicală în condiții de deplină siguranță, se poate proceda în două maniere :

a) se pune o a doua pensă, vîrf la vîrf cu prima, și apoi se face ligatura celor două pense ;

b) se trece firul transfixiant, cu un ac, prin baza pediculului, sub pensa ce trebuie legată și apoi se efectuează nodul. Numai astfel sîntem siguri că nodul nu va derapa (Okynczyk).

Acest artificiu tehnic permite ligatura vaselor din țesuturile scleroase și friabile.

În cazul unor vase care sîngerează la nivelul unor țesuturi dure, scleroase, foarte friabile, se poate obține hemostaza trecînd firul transfixiant în „x", făcînd nodul pe un fragment de aponevroză sau pe un fragment din marele epiplon.

Procedeul este utilizat îndeosebi în ulcerele duodenale, hemoragice localizate pe fața posterioară a D_1 care reprezintă fistule vasculare mari.

Probleme deosebit de dificile le pun, îndeosebi chirurgilor cu mai puțină experiență, sîngerările provocate de vasele din hilurile organelor.

Scanned with OKEN Scanner

Încercările repetate de a pensa un vas la nivelul hilului, mai ales la bolnavii obezi, pot avea consecințe grave. Pensarea la întîmplare a țesuturilor din hilul hepatic pentru a prinde o arteră cistică, care a derapat în cursul unei colecistectomii, poate avea consecințe grave : pensarea și ligatura arterei hepatice, a canalului hepatic drept sau chiar a coledocului. În consecință, în astfel de hemoragii, este recomandabil să se procedeze la hemostaza digitală a pedicului hepatic, prinzîndu-se între indexul și policele stîng.

Ajutorul face toaleta plăgii cu compresa sau, mai corect, cu aspiratorul, după care operatorul, micșorînd treptat compresiunea pe pedicul, identifică exact vasul care sîngerează și-l pensează cu o pensă vasculară pe care o ține în mîna dreaptă.

Pensarea vasului care sîngerează trebuie făcută numai de către operator.

Dacă după cîteva tentative nereușite nu s-a obținut stăpînirea hemoragiei, este recomandabil ca tînărul chirurg să apeleze la ajutorul unui coleg cu mai multă experiență.

— **Viața bolnavului este mai importantă decît orgoliul chirurgului !**

În cursul legării vaselor din hil se pot ivi o serie de incidente care trebuie cunoscute, ca și modalitățile de rezolvare a lor. Astfel, dacă primul nod a fost strîns deasupra vîrfului pensei și nu sub acesta, tentativele de a scoate pensa, ca și aceea de a-l desface, pot duce la efracția vasului.

Recomandăm următoarea manevră pe care am utilizat-o cu succes în repetate rînduri :

— se secționează unul din capetele firului razant cu nodul și se exercită o tracțiune blîndă pe firul restant. Această manevră desface nodul fără pericolul de a smulge pensa sau de a rupe vasul ;

Scanned with OKEN Scanner

— dacă primul nod a prins la vîrful pensei unul dintre cele două ramuri ale ei, și dacă pensa nu este pusă pe un vas important, ea poate fi scoasă nu prin tracțiune verticală, ci trăgînd „rotund", în sensul curburii pensei.

Și aici poate fi utilizată manevra de secționare a unui capăt al firului de ligatură, razant cu nodul.

În sîngerările difuze, la nivelul unor tranșe de secționare a unor organe cavitare, se poate obține hemostaza prin comprimarea zonei sîngerînde cu o compresă timp de 5—10 minute.

Scanned with OKEN Scanner

6. Toaleta plăgii

Aspectul general al unei intervenții chirurgicale este în mare măsură conferit de impresia de ordine și curat în care aceasta se desfășoară.

Îndepărtarea sîngelui, a cheagurilor sanguine, a puroiului, a conținutului intestinal din plagă trebuie făcută cu deosebită conștiinciozitate pe tot parcursul intervenției chirurgicale.

O plagă curată conferă chirurgului confort chirurgical și control absolut în cîmpul operator. În aceste circumstanțe, formațiunile anatomice și planurile de clivaj pot fi bine individualizate, iar eventualele incidente pot fi rapid rezolvate.

Toaleta unei plăgi se realizează prin tamponarea ei cu comprese, iar atunci cînd sîngele, bila, puroiul etc. sînt abundente este recomandabil să utilizăm aspiratorul.

Tamponarea plăgii cu comprese trebuie făcută după anumite reguli, deși la prima vedere lucrurile par deosebit de simple.

— **Plaga se tamponează scurt și ferm, nu se șterge.** Prin ștergere se pot îndepărta cheagurile de pe micile vase, fapt care poate perpetua sîngerarea.

Scanned with OKEN Scanner

Rolul compresei de tifon este în primul rînd acela de a absorbi lichidele din plăgi (sînge, bilă, puroi, conținut intestinal).

Tamponarea repetată a plăgii, neurmată de pensarea vasului care sîngerează, poate duce la deraparea unor ligaturi deja efectuate, în plus creează o impresie de bîjbîială și de nesiguranță a actului operator.

— **Mărimea compresei va fi adaptată volumului sîngerării.** A încerca să tamponezi o plagă mare abundent sîngerîndă cu o compresă mică înseamnă să accepți în mod deliberat prelungirea sîngerării și exanghinarea bolnavului. În plăgile abundent sîngerînde operatorul se înarmează în mîna stîngă cu o compresă mare cu care tamponează plaga ; în același timp execută și o hemostază provizorie prin compresiune, pînă la pensarea vaselor. Deplasînd progresiv compresa de la dreapta spre stînga se pensează vasele care sîngerează.

— **Tamponarea plăgii cu compresa desfășurată este ineficientă și inestetică,** în plus implică pericolul de a lăsa în plagă scame de tifon.

Compresa trebuie utilizată fie împăturită, fie sub forma unui ghemotoc.

Sînt chirurgi care utilizează în mod curent mici tampoane sferice de tifon, care sînt aruncate imediat după utilizare. Aceste tampoane sînt foarte utile în sîngerările de mai mică amploare, la operațiile mici și mijlocii, dar au dezavantajul că pot fi ușor „uitate" în plagă.

— **Compresele utilizate trebuie, obligatoriu, aruncate în lighean.** Păstrarea compreselor îmbibate cu sînge sau secreții pe cîmpuri sau pe masa de operație dă o impresie neplăcută actului operator și implică totodată riscul antrenării lor în plagă, îndeosebi în operațiile de mare amploare. În manevrarea compreselor, atît operatorul cît și ajutorul trebuie să fie deosebit de atenți.

Scanned with OKEN Scanner

Numărarea compreselor mari la sfîrșitul intervenției (așa cum o practică mulți chirurgi) nu este o metodă prea sigură de a evita „uitarea" compreselor în plagă, pentru că de cele mai multe ori se uită compresele mici, care nu pot fi numărate. Singurul remediu împotriva acestui pericol este ca operația să se desfășoare într-o deplină ordine pe masa de operație și în cîmpul operator.

— Compresele mari pot fi lăsate temporar în plagă atît în scop hemostatic, cît și pentru a absorbi sîngele și limfa survenite după viscerolize și decolări peritoneale sau pleurale largi, cînd există sîngerări difuze în suprafață care nu se pretează la hemostaza cu pense. Aceste comprese trebuie schimbate de mai multe ori în cursul intervenției dacă se îmbibă cu sînge sau limfă. La sfîrșitul intervenției ele vor fi căutate cu grijă.

Nu trebuie uitat că există pericolul ca ele să se deplaseze în cursul intervenției și să nu mai fie găsite în locul unde au fost inițial plasate.

Pentru a scăpa de obsesia uitării acestor comprese în plagă, unii chirurgi utilizează pentru tamponarea zonelor de decolare meșe lungi, lăsînd un capăt în afara plăgii, capăt pe care îl fixează la cîmpuri cu raci sau pense.

— **Tamponarea plăgii se va face întotdeauna dinspre interiorul plăgii spre tegumente.** Niciodată nu vor fi tamponate întîi tegumentele și apoi, cu aceeași compresă, plaga, avîndu-se în vedere potențialul septic ridicat al epidermei.

— **În cursul executării anastomozelor, pe tubul digestiv tamponarea organelor anastomozate se va face dinspre partea suturată spre cea nesuturată.** Procedînd invers se pot antrena pe suprafața peritoneului visceral conținut intestinal și sînge. Îndeosebi în cazul în care sînt utilizate surjeturile pentru anastomozele tubului digestiv, ajutorul

Scanned with OKEN Scanner

va tampona plaga dinspre planurile deja cusute spre zona neanastomozată realizînd, în același timp, toaleta plăgii și eversarea mucoasei printr-o ușoară „mulgere" a marginilor plăgii, cu o compresă prinsă între indexul și policele mîinii drepte.

În cavitățile septice și la nivelul organelor cavitare poate fi admisă ștergerea lor cu comprese pentru a antrena sfaceluri, granule și puroi, false membrane și conținutul intestinal. În aceste situații tamponamentul este de cele mai multe ori ineficient.

Lavajul (spălătura) este o metodă deosebit de utilă pentru a face toaleta cavității pleurale, peritoneale sau numai în loja unor organe afectate de procese septice.

Pe lîngă efectul pur mecanic, acela de a antrena cheagurile de sînge, puroiul și falsele membrane, conținutul intestinal, lavajul cu ser fiziologic călduț are și un efect sedativ asupra seroaselor agresionate. Serul fiziologic diluează în mod cert concentrația unor substanțe chimice ajunse accidental în cavitatea peritoneală, bila în intervențiile pe colecist și căile biliare, HCl în ulcerele gastrice și duodenale perforate și, fără îndoială, diminuează concentrația microbiană în colecțiile septice, facilitînd posibilitățile de apărare ale organismului.

Spălătura este un gest complementar celorlalte manevre de asepsie și antisepsie intraoperatorie. Acest gest poate fi repetat în toate cazurile în care au existat timpi operatori septici. Serul fiziologic călduț este turnat în plagă dintr-un recipient ; apoi lichidul este evacuat prin aspirație cu o canulă specială. Efectul benefic al spălăturii este constatat imediat, plaga devine repede curată iar ansele intestinale își reiau peristaltismul.

Spălătura cavității peritoneale este obligatorie atît în cazul peritonitelor localizate cît și în cazul celor generalizate.

Scanned with OKEN Scanner

În cursul lavajului trebuie evitat, pe cît posibil, contactul lichidului de lavaj cu marginile plăgii și, totodată, diseminarea acestuia în marile cavități în cazul proceselor septice localizate.

În ciuda avantajelor mai sus expuse, sînt unii chirurgi reputați care consideră lavajul ca fiind un gest nechirurgical, pe motiv că, prin acest procedeu, s-ar disemina conținutul cavităților septice. Alți autori cu mare experiență nu împărtășesc acest punct de vedere. Dacă ne gîndim numai la peritonitele chimice cu false membrane din ulcerele perforate sau la colecțiile cu puroi gros, cremos și false membrane, este clar că aspirația și toaleta realizată numai cu ajutorul compreselor este insuficientă. Toaleta pe care o realizăm în aceste cazuri prin lavaj este net superioară metodelor amintite mai sus.

Scanned with OKEN Scanner

7. Lumina cîmpului operator

„Chirurgia nu este îndeplinirea misterioasă a unei manevre întunecoase, ci o operă de lumină"

G. Duhamel

Sub această formulă este definită de regulă starea de confort chirurgical din orice intervenție, care conferă operatorului posibilitatea de a controla vizual și manual, în orice timp al operației, o anumită regiune anatomică. Noțiunea de lumină utilizată astăzi în chirurgie are o accepțiune mai largă și se referă de regulă la o serie întreagă de elemente care concurează la definirea ei.

1. **Centrarea luminii lămpii scialitice în plagă.** Desigur, aceasta este prima manevră care asigură chirurgului o bună lumină în cîmpul operator.

Pe parcursul intervenției este necesar ca centrarea fascicolului de lumină să fie făcută pe regiunea anatomică asupra căreia se acționează. Aceasta înseamnă că în cursul unor intervenții mari lumina trebuie centrată de mai multe ori, în funcție de timpii operatori pe care îi executăm. În unele cazuri, lampa scialitică de plafon nu este suficientă și atunci este obligatoriu să recurgem la lămpi scialitice sau la reflectoare care să completeze lumina în plagă, așa cum se procedează în intervențiile pe esofag, organe pelvine etc.

2. **Plaga operatorie să fie suficient de lungă.** Acest subiect a fost în parte dezbătut în capitolul inciziilor.

Scanned with OKEN Scanner

Revenim asupra ideii de a nu ezita să prelungim sau de a branșa în lateral o incizie ori de cîte ori avem certitudinea că lumina este insuficientă în plaga operatorie.

Privitor la acest lucru Clavel spune : „dacă ai hemoragie lărgește incizia, dacă ai dificultăți lărgește incizia, dacă operația progresează greu lărgește incizia",

3. **Orientarea mesei de operație în poziția cea mai favorabilă.** Masa de operație poate fi ridicată, coborîtă, orientată în poziție Trendelemburg, sau înclinată spre stînga sau spre dreapta.

Pentru a avea o vedere cît mai clară asupra cîmpului operator, toate aceste poziții măresc accesibilitatea și lumina în plagă, îndepărtînd din cîmpul operator ansele intestinale și favorizînd, în același timp, penetrația fasciculului de lumină al lămpii scialitice. În anumite intervenții, îndeosebi în cele pe căile biliare sau pe cadrul duodenopancreatic, este utilă ridicarea pilierului mesei de operație pentru a exterioriza regiunile anatomice profunde (pancreasul, duodenul, pedicului hepatic).

4. **Utilizarea depărtătoarelor.** Depărtătoarele autostatice trebuie adaptate regiunii asupra căreia intervenim.

Pentru torace sînt utilizate puternicele depărtătoare Finochietto sau Quervain. În chirurgia abdominală sînt utilizate de regulă depărtătoarele autostatice Gosset, de diferite mărimi, care conferă o bună lumină în plagă.

5. **Utilizarea valvelor abdominale.** Sînt chirurgi care preferă, în locul depărtătoarelor autostatice, valvele abdominale. Valvele metalice au avantajul că pot fi mai ușor manevrate și poziționate, dar necesită de regulă 2—3 ajutoare în plagă. Asocierea unei valve la depărtătorul autostatic poate optimiza lumina cîmpului operator în anumite intervenții.

De regulă, este asociată valva suprapubiană depărtătorului autostatic în intervențiile pelvine sau pe rect.

Scanned with OKEN Scanner

Trebuie menționate cîteva din pericolele potențiale ale depărtătoarelor utilizate intempestiv. Înainte de a monta depărtătorul este obligatoriu să efectuăm o visceroliză minuțioasă, mai ales dacă există aderențe intime între organele interne și perete. Montarea depărtătorului înainte de a se proceda la secționarea aderențelor poate genera afectarea unor organe prin tracțiunile exercitate de peretele pus în tensiune asupra lor.

Aceeași grijă trebuie avută și la manevrarea valvelor, care pot genera accidente neplăcute (rupturi de splină și ficat etc.).

Executarea unei intervenții abdominale fără depărtător Gosset presupune tracțiuni suplimentare asupra organelor ce trebuie exteriorizate și care, în acest mod, pot suferi efracții vasculare și viscerale. În consecință, această manieră de lucru este mai puțin recomandabilă începătorilor. Utilizarea depărtătoarelor este obligatorie îndeosebi în situațiile în care operatorul este nevoit, din diverse motive, să utilizeze un singur ajutor.

6. **Mîna înarmată cu o compresă sau cu un cîmp moale abdominal** este utilizată în anumite situații cînd trebuie executate tracțiuni dozate asupra unor organe pentru a obține lumina în plaga operatorie. Așa, spre exemplu, în intervențiile pe colecist ajutorul plasează o valvă subhepatic, iar cu cealaltă mînă exercită tracțiuni blînde asupra cadrului duodenopancreatic, punînd în lumină pedicului hepatic.

7. **Depărtătoarele Farabeuf sau de alte tipuri** sînt, de asemenea, utilizate în cazurile în care trebuie îndepărtate marginile plăgii.

8. **Exteriorizarea organelor** este manevra ideală (dar nu întotdeauna posibilă) prin care aducem organul, asupra căruia executăm intervenția, la „lumină".

Scanned with OKEN Scanner

Lucrînd direct asupra viscerului exteriorizat și nu prin intermediul unor pense lungi (mai greu de manevrat), chirurgul poate controla în condiții optime disecția și hemostaza.

Exteriorizarea organelor se poate face prin luxarea lor din loja respectivă, în cazul rinichiului sau spliniei, prin decolarea în spațiul anatomic de clivaj, ca în cazul duodenului, pancreasului sau al colonului, sau prin secționarea unor bride, ca în cazul unor apendici prinși în aderențe. Exteriorizarea oricărui organ trebuie făcută progresiv și blînd. Orice manevră brutală sau pripită poate duce la leziuni grave ale pediculilor vasculari, sau chiar ale organelor.

Scanned with OKEN Scanner

8. Disecția

Disecția este timpul cheie al oricărei intervenții chirurgicale. Individualizarea și identificarea corectă a elementelor anatomice din plaga operatorie este condiția obligatorie a oricărei intervenții bine executate. Disecția presupune în primul rînd o perfectă cunoaștere a anatomiei. Nu întîmplător marii chirurgi au fost foarte buni anatomiști.

Disecția va fi făcută cu blîndețe, cu minimum de traumatism pentru țesuturi.

Țesuturile trebuie clivate, nu rupte. O disecție brutală, intempestivă presupune mari pierderi de sînge și limfă, dilacerare de țesuturi care, în unele cazuri, se poate solda cu accidente grave.

Pentru a face o disecție corectă trebuie bine cunoscute spațiile de clivaj optim ale fiecărui organ, mai precis zonele în care individualizarea elementelor anatomice se poate face cu sîngerare și cu sacrificii tisulare minime. Astfel, în chirurgia abdominală trebuie cunoscute planurile de clivaj de la nivelul fasciei lui Told și Treitz, iar în torace planurile de decolare pericardică, aortică etc., pentru a putea executa în bune condiții anumite intervenții.

Marii chirurgi de la începutul secolului afirmau, și afirmația rămîne valabilă și astăzi, că arta chirurgicală constă în a găsi planul de clivaj.

Scanned with OKEN Scanner

Identificarea corectă a planului de clivaj optim presupune, pe lîngă o bună cunoaștere a anatomiei, experiență chirurgicală și talent.

Disecția trebuie făcută din aproape în aproape, plan cu plan, pînă ce intrăm în planul de clivaj optim.

Nu trebuie, niciodată, să insistăm în a continua operația într-un plan de clivaj care nu ne satisface. Este posibil ca prin tatonare să găsim alt plan, mai convenabil.

Disecția oricărui organ trebuie începută cu viscероliza. Mai precis, este necesar ca, înainte de a scheletiza un organ, să-l eliberăm din aderențele pe care le-a contractat cu organele vecine. Procedînd altfel, există pericolul de a leza organele în cursul scheletizării lor, prin tracțiunile exercitate de către aderențe.

Pentru găsirea planului de clivaj optim este obligatoriu să mergem întotdeauna de la simplu la complex și de la cunoscut la necunoscut. Ca să fim mai expliciți, să ne imaginăm că avem de efectuat o intervenție pentru o ocluzie intestinală la o bolnavă la care s-au mai efectuat 2—3 intervenții în etajul abdominal inferior pentru suferințe în sfera genitală. Este foarte probabil ca în acest caz ansele intestinale să fie fixate subombilical la peretele abdominal. Conduita corectă este aceea de a aborda abdomenul printr-o incizie supraombilicală, pe care ulterior o vom prelungi subombilical. În mod cert aderențele anselor intestinale la peretele abdominal vor fi de mai mică amploare, sau chiar vor lipsi în această zonă.

În aceste condiții, disecția anselor intestinale va fi făcută progresiv, dinspre zonele cu aderențe laxe spre cele cu aderențe fibroase, mărind treptat incizia spre pubis. La fel vom proceda și pentru rezolvarea unei fistule parietale. În nici un caz nu va fi atacată direct, ci printr-o incizie la o oarecare distanță, într-o zonă în care bănuim că organul la nivelul căruia se află fistula nu este aderent la peretele abdominal.

Scanned with OKEN Scanner

Este total neindicată căutarea planului de clivaj în zone de aderență maximă a unei tumori. Sînt tumori care, la prima vedere, pot părea fixe și inextirpabile, dar care, disecate „pas cu pas", din aproape în aproape, se pot diseca în bune condiții. Disecția „circulară", progresivă, prin învăluire, are de cele mai multe ori sorți de izbîndă dacă este făcută cu răbdare și tact chirurgical.

În disecțiile dificile, în care există o simfiză strînsă între două organe, este obligatoriu ca acestea să se facă ținînd contact strîns cu organul care se rezecă, evitînd astfel lezarea organului sănătos.

Nu se trage și nu se rupe niciodată un țesut care „ține" (nu se clivează). Este o regulă ce trebuie avută permanent în minte în cursul disecției.

Orice formațiune care nu se clivează trebuie individualizată înainte de a o secționa. Nerespectînd acest principiu există pericolul de a produce hemoragii greu de controlat, sau leziuni de organe. Pentru a efectua disecția, chirurgul are la dispoziție o gamă întreagă de instrumente : foarfeca, pensele, bisturiul, tamponul montat și, de multe ori, chiar degetul și mîna. Instrumentul ales pentru executarea disecției trebuie strict adaptat regiunii anatomice ca și particularităților anatomopatologice ale cazului.

Este exagerat a se abuza de o singură manieră de disecție. Sînt unii chirurgi care pretind că pot face disecția numai din pense sau din pensă și foarfecă. A te crampona de avantajele unui singur instrument chirurgical este o greșeală.

Afirmația unor chirurgi că disecția manuală este nechirurgicală și neelegantă nu are nici un fundament. Fără îndoială că nici de acest „instrument" nu trebuie abuzat.

Sînt multe situații în care clivajul digital sau manual este de neînlocuit. Sînt decolări, în profunzimea unor cavități, ca în decolările coloparietale sau în cele extra-

Scanned with OKEN Scanner

pleurale, în care degetele și chiar mîna pot realiza o disecție controlată, pe care nici un alt instrument chirurgical nu o poate egala.

Vom trece în revistă cîteva artificii tehnice care pot facilita disecția și, implicit, găsirea unui plan de clivaj bun.

1. **Disecția hidraulică** este o tehnică deosebit de utilă în anumite intervenții. Cel mai frecvent este utilizată pentru a ușura clivajul vezicii biliare.

Tehnica constă în a injecta sub seroasa vezicii biliare o cantitate de 30—40 ml de novocaină 0,5%. Presiunea hidraulică clivează pereții vezicii din patul hepatic, înlesnind disecția.

Disecția hidraulică este folosită cu succes în reintervenții pe căile biliare, grație acestei tehnici elementele hilului hepatic putînd fi mai ușor de evidențiat.

Și în procesele de simfiză strînsă între două organe injectarea la acest nivel a unei cantități de novocaină facilitează uneori găsirea planului de clivaj.

2. **Disecția sub control digital** este o altă modalitate de a duce la bun sfîrșit o intervenție dificilă. Procedeul este utilizat în chirurgia ulcerului duodenal, în ulcerele localizate pe fața posterioară a D_1 sau D_2, care penetrează în pedicului hepatic și pancreas. În aceste cazuri, este aproape imposibil să găsești un spațiu de clivaj între peretele posterior al duodenului și pancreas, din cauza unui proces de scleroză care le simfizează.

Pentru a evita lezarea accidentală a coledocului, majoritatea chirurgilor secționează D_1 și fac disecția duodenului pe fața posterioară sub controlul indexului, pe care îl țin în lumenul acestuia.

3. **Disecția sub controlul vederii** este o manieră de disecție rezervată tot situațiilor dificile în care organul ce trebuie extirpat aderă intim la formațiunile anatomice din

Scanned with OKEN Scanner

vecinătate, așa cum întîlnim adeseori în colecistita scleroatrofică. Un chirurg, oricît de experimentat ar fi, poate leza calea biliară principală dacă persevereză în disecția clasică a colecistului.

Și aici se impune deschiderea colecistului pentru a putea identifica orificiul canalului cistic sau o eventuală fistulă biliobiliară, apoi se poate trece la disecția colecistului.

4. **Disecția după prealabila evacuare a conținutului unor cavități chistice** este un alt procedeu tehnic care poate înlesni disecția, evitînd riscul unor incidente intraoperatorii nedorite. Desigur că este mult mai elegant de scos o formațiune chistică intactă, dar în situațiile în care considerăm că pericolul de a efracționa tumora este iminent, e preferabil să procedăm la evacuarea conținutului ei înainte de a face disecție. Un rinichi hidronefrotic gigant, spre exemplu, poate fi mult mai ușor disecat după prealabila evacuarea a conținutului lichidian.

Aceeași manieră de a proceda este recomandabilă și în cazul chistelor hidatice mari unde, de asemenea, este preferabil să le evacuăm și apoi să le disecăm decît să tentăm extirparea lor intactă, cu riscul de a însămînța cavitatea peritoneală sau pleurală cu elemente hidatice fertile.

Recomandarea este valabilă și în cazul cavităților chistice pline cu lichid purulent.

Acestea sînt cîteva din procedeele tehnice cele mai utilizate pentru a facilita o disecție dificilă.

Scanned with OKEN Scanner

9. Sutura chirurgicală

Sutura, sau cusătura chirurgicală, reprezintă totalitatea manoperelor de refacere a planurilor anatomice prin punerea lor în contact direct și menținerea lor în această poziție cu ajutorul unor materiale rezorbabile sau nerezorbabile.

CLASIFICAREA SUTURILOR

a. **După momentul efectuării ei, în funcție de timpul scurs de la producerea plăgii :**

— primară sau ,,per primam" este sutura care se face obișnuit după plăgile chirurgicale sau în plăgile accidentale ,,curate" care se cos la un interval de pînă la 6 ore de la producerea lor ;

— primară întîrziată este cusătura care se face în plăgile cu potențial supurativ. Prin buzele plăgii se trec cîteva fire de ,,așteptare" care nu se înnoadă decît după 2—3 zile, dacă nu apar semne de supurație a plăgii. Sutura este utilizată în plăgile accidentale delabrante, intens contaminate ;

— secundară sau ,,per secundam" este utilizată în intervențiile chirurgicale cu mare potențial septic, sau dacă în cursul unei suturi per primam a apărut o complicație septică.

Scanned with OKEN Scanner

b. **În funcție de lungimea firului folosit.**

— Suturi discontinue, făcute cu fire separate. Firul de cusătură se înnoadă și se taie după fiecare pas făcut prin țesuturi. Sutura cu agrafe se încadrează tot în această categorie de cusături.

— Suturi continue sînt cusăturile care realizează refacerea unui plan anatomic de la un capăt la altul al inciziei cu un singur fir. Acest tip de cusătură care poartă și numele de „surjet" se utilizează în refacerea peritoneului și în anastomozele digestive. Este o cusătură ce se realizează rapid, dar are dezavantajul că poate îngusta lumenul organelor cavitare și trebuie utilizată cu parcimoniozitate.

c. **După numărul straturilor** care sînt prinse într-un singur fir :

— suturi într-un strat (monoplan) în care toate planurile anatomice ale unei regiuni sînt refăcute cu un singur rînd de fire ;

— suturi în mai multe planuri la care fiecare plan anatomic este refăcut cu cîte un rînd de fire (cusătura plan cu plan).

MATERIALE DE SUTURĂ

ACELE DE SUTURĂ

Acele de sutură vor fi strict adaptate calității țesuturilor ce trebuie cusute.

Pentru suturile țesuturilor cu mare rezistență (aponevroze, tegumente, mușchi) sînt utilizate acele Hagedorn și Reverdin.

Mărimea acului Hagedorn, ca și curbura lui, vă fi strict adaptată grosimii și profunzimii țesuturilor.

La mușchi și aponevroze se folosesc ace Hagedorn mari, curbe, iar la piele — ace mai mici, cu curbură redusă.

Scanned with OKEN Scanner

Acul Hagedorn este preferat de majoritatea chirurgilor deoarece traversează țesuturile o singură dată (și este deci mai puțin traumatizant), spre deosebire de acul Reverdin, care le traumatizează și la intrare și la ieșire.

Acul Reverdin este preferat de unii chirurgi, fiind mult mai expeditiv la efectuarea suturilor parietale. Personal, nu utilizăm acest ac decît la trecerea firelor prin ligamentul lui Cooper, la cura herniilor femurale, deoarece la acest nivel manevrarea acului Hagedorn este uneori mai dificilă.

În chirurgia tubului digestiv sînt preferate acele cu secțiune rotundă celor cu secțiune triunghiulară, care, deși au forța de penetrație superioară, sînt mult mai traumatizante. În ultima vreme, în chirurgia tubului digestiv, au fost utilizate cu succes acele atraumatice.

Mulți chirurgi utilizează la anumite suturi pe tubul digestiv acele drepte.

În suturile pe organele profunde, ce nu pot fi exteriorizate, acele drepte sînt total contraindicate, neputînd fi ușor manevrate.

În chirurgia plastică, ca și în cea vasculară, sînt preferate acele atraumatice. Acestea au montate firele în continuitatea acului și au o penetrație ușoară, diminuînd la maximum traumatismul tisular.

FIRELE DE SUTURĂ

Pentru a putea fi utilizate la sutura chirurgicală, firele trebuie să îndeplinească o serie de calități : să fie rezistente la strîngerea nodurilor sau la tracțiune directă, să fie maleabile, să poată fi sterilizate în condiții optime iar ultima condiție, și cea mai importantă, să fie bine tolerate de țesuturi.

Scanned with OKEN Scanner

În prezent, în chirurgie sînt utilizate pentru sutură atît materialele rezorbabile, cît și cele nerezorbabile.

Preferințele majorității chirurgilor se îndreaptă astăzi spre materialele de sutură nerezorbabile.

Dintre acestea cel mai des folosite sînt : nylonul, dacronul, mătasea, inul, bumbacul.

Agrafele metalice sînt utilizate de regulă în suturile cutanate, dar se folosesc cu succes și în suturile bronșice și în cele vasculare.

Materialele nerezorbabile sînt mai bine tolerate de țesuturi decît cele rezorbabile.

Firul rezorbabil cel mai utilizat este catgutul, fabricat din intestin de oaie. Este folosit de regulă pentru sutura țesuturilor profunde și în operațiile care se desfășoară în regiuni anatomice care au un grad de septicitate, ca în intervențiile ginecologice sau urologice.

În ultimii ani au apărut în practica chirurgicală fire sintetice rezorbabile de tipul dexorit-ului, un fir multifilamentat împletit, asemănător firului de in, care este foarte bine tolerat de țesuturi. Mulți consideră că acesta ar fi cel mai bun material de sutură.

Procesul de rezorbție a catgutului este în unele cazuri însoțit de un proces inflamator care contraindică utilizarea lui la nivelul tegumentelor, unde ar putea genera cicatrici inestetice.

Utilizarea firelor de catgut la sutura aponevrozelor este nelogică întrucît, după cercetările lui Lichtenstein, acestea recuperează soliditatea inițială abia în procent de 41% după 60 zile de la operație, în procent de 60—80% după 4 luni și în procent de 80—100% în șase luni.

Sutura aponevrozelor se impune deci a fi făcută numai cu fire nerezorbabile.

Rezorbția catgutului se face în medie de 14—21 zile în funcție de calibru, ca și în funcție de țesutul în care

Scanned with OKEN Scanner

se efectuează sutura. Seroasele și mucoasele rezorb firul de sutură mult mai rapid decît țesutul muscular, spre exemplu.

Pentru a-i crește rezistența la rezorbție, catgutul a fost tratat cu săruri de iod sau de crom, obținîndu-se catgutul cromat sau iodat. Cercetări recente au dovedit potențialul cancerigen al acestor preparate, astăzi pe cale de a fi abandonate.

Firele nerezorbabile cele mai utilizate sînt nylonul și dacronul dintre preparatele sintetice și firele de bumbac, mătase, setolină, care sînt fabricate din produse naturale.

Foarte rar sînt utilizate astăzi firele metalice, din oțel, bronz sau argint.

Aceste materiale au avantajul că se sterilizează și se conservă ușor, sînt foarte rezistente la tracțiuni și sînt bine tolerate de țesuturi.

Firele nerezorbabile sînt utilizate la sutura țesuturilor supuse la tracțiuni mari (piele, aponevroze, tendoane), la suturile pe tubul digestiv și pe alte organe cavitare, în chirurgia vasculară etc.

În cele ce urmează vom enumera cîteva reguli generale care trebuie cunoscute atunci cînd se manevrează firele de sutură :

a) Firele ce trebuie înnodate nu vor fi manevrate cu pensele metalice, deoarece acestea le pot scămoșa, fapt care poate avea drept consecință ruperea lor în momentul executării nodului.

b) Surjetele de catgut vor fi executate în ritm rapid, altfel catgutul se umflă, se scămoșează și traumatizează țesuturile.

c) Firele de catgut sau de nylon care sînt păstrate lungi vor fi fixate pe pense ; altfel există pericolul ca acestea să se încurce. Dacă există mai multe fire lungi

Scanned with OKEN Scanner

puse pe pense, care trebuie înnodate, este bine ca acestea, la rîndul lor, să fie înşirate în ordine pe o pensă lungă sau pe un depărtător Farabeuf.

d) Capetele firelor puse pe pense nu vor depăşi cu mai mult de 1 cm vîrfurile pensei. Capetele lungi dau o impresie neplăcută şi, în plus, pot fi supuse în cursul intervenţiei unor tracţiuni necontrolate.

TEHNICA CUSĂTURII CHIRURGICALE

În cele ce urmează vom reda principalele manevre ale suturii chirurgicale.

Operatorul ţine în mîna stîngă pensa chirurgicală cu care prinde stratul anatomic iar în mîna dreaptă portacul şi acul Hagedorn.

Ajutorul ţine în mîna stîngă bobina cu catgut sau nylon, iar cu mîna dreaptă foarfeca.

Deşi pare un gest banal, încărcarea acului Hagedorn cu fir poate pune începătorului oarecare probleme, de aceea vom descrie manevra care este schiţată în (Fig. 11).

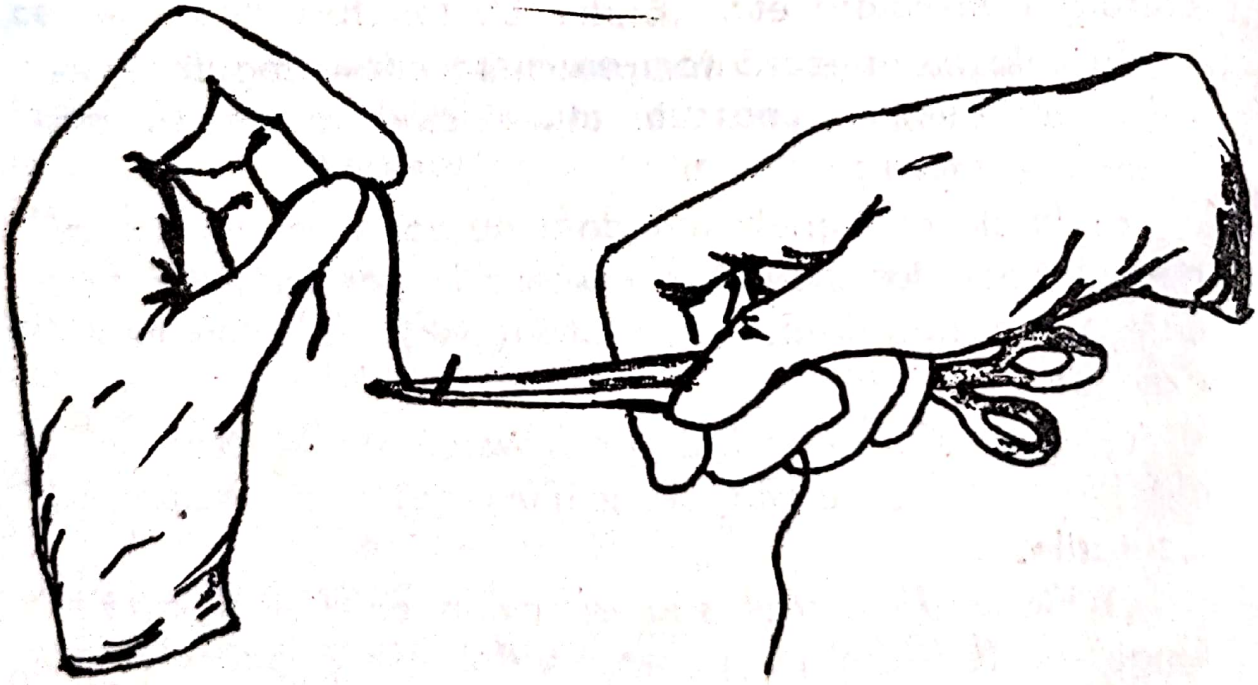

Fig. 11 — Tehnica încărcării cu aţă a acului Hagedorn

Scanned with OKEN Scanner

Se prinde portacul cu acul montat, împreună cu capătul lung al firului, în mîna dreaptă, iar capătul scurt în mîna stîngă. Se sprijină capătul scurt al firului pe vîrful portacului lîngă ac și se introduce firul, prin apăsare, pînă în urechile profunde.

Firul scurt trebuie să aibă o lungime de 3—4 cm. Dacă este mai scurt iese ușor din ac, dacă este prea lung este traumatizant pentru țesuturi, greu de manevrat și se poate încurca.

1. Sutura cu fire separate.

Această cusătură are trei timpi :

a) trecerea acului și a firului prin ambele buze ale plăgii ;

b) afrontarea (sau apropierea) marginilor plăgii poate fi făcută prin strîngerea firului. Această manevră poate fi ajutată cu o pensă chirurgicală și poate fi corectată și după strîngerea nodului ;

c) înnodarea firului are drept scop menținerea afrontării suprafețelor cusute.

— **Sutura cu fire în „U"** este o cusătură mai rar utilizată. (Fig. 12)

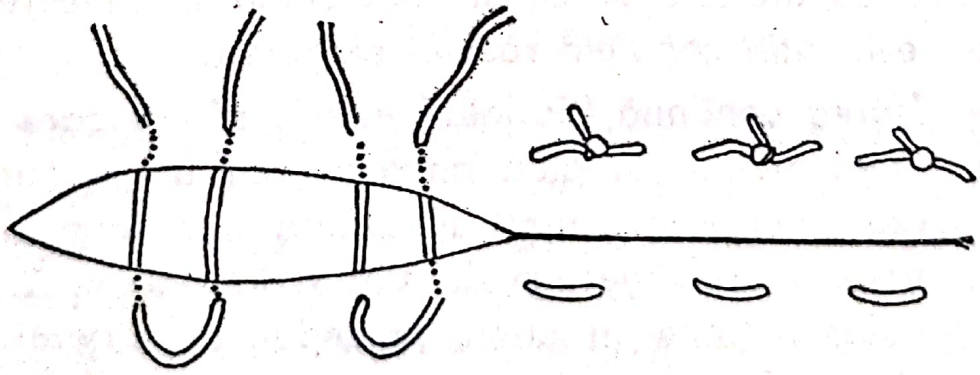

Fig. 12 — Sutura cu fire „U"

Scanned with OKEN Scanner

— **Sutura capitonantă** se execută la perete, cu fire trecute în „U" vertical, cu scopul de a apropia marginile plăgii. Primul fir se trece la distanță de marginile plăgii (2—3 cm) și prinde și aponevroza la 0,8—1 cm de margine. La întoarcere, firul trece cît mai aproape de marginile inciziei tegumentare (0,3—0,5 cm), încarcă marginile aponevrozei și iese de partea cealaltă a inciziei tegumentare, la aceeași distanță și la același nivel cu punctul de întoarcere. Între buclele formate de o parte și de alta a inciziei se pot pune suluri de tifon (Bourdonet) pe care se strîng firele.

— **Sutura tip Blair-Donatti** este utilizată de obicei în cazurile în care dorim să obținem eversarea tegumentelor în zonele anatomice în care afrontarea marginilor plăgii este dificilă (la palmă, pliul inter-fesier, zone cicatriciale etc.). Tehnica acestei suturi este asemănătoare cu cea a firelor separate, cu singura diferență că, după ce s-a trecut o dată firul prin tegumente, se mai trece încă o dată un capăt al lui subepidermic, la o distanță cît mai mică de marginile plăgii. (Fig. 13)

— **Sutura cu fire în „X"** este tot o sutură discontinuă care se execută trecînd acul de două ori prin marginile plăgii, în „X", după care firul se înnoadă. Este o cusătură hemostatică utilizată în cazul unor sîngerări în care nu se pot evidenția capetele vasului secționat.

2. **Sutura continuă (Surjetul)** este cusătura care realizează refacerea unui plan anatomic cu un singur fir. Acest procedeu este utilizat la sutura intradermică, la unele anastomoze digestive, la sutura intradermică și a peritoneului și chiar în unele procedee de sutură vasculară.

Scanned with OKEN Scanner

Are avantajul că este o sutură care se realizează repede, dar are dezavantajul că strîmtorează lumenul organelor cavitare și este mai puțin sigură ca sutura cu fire separate.

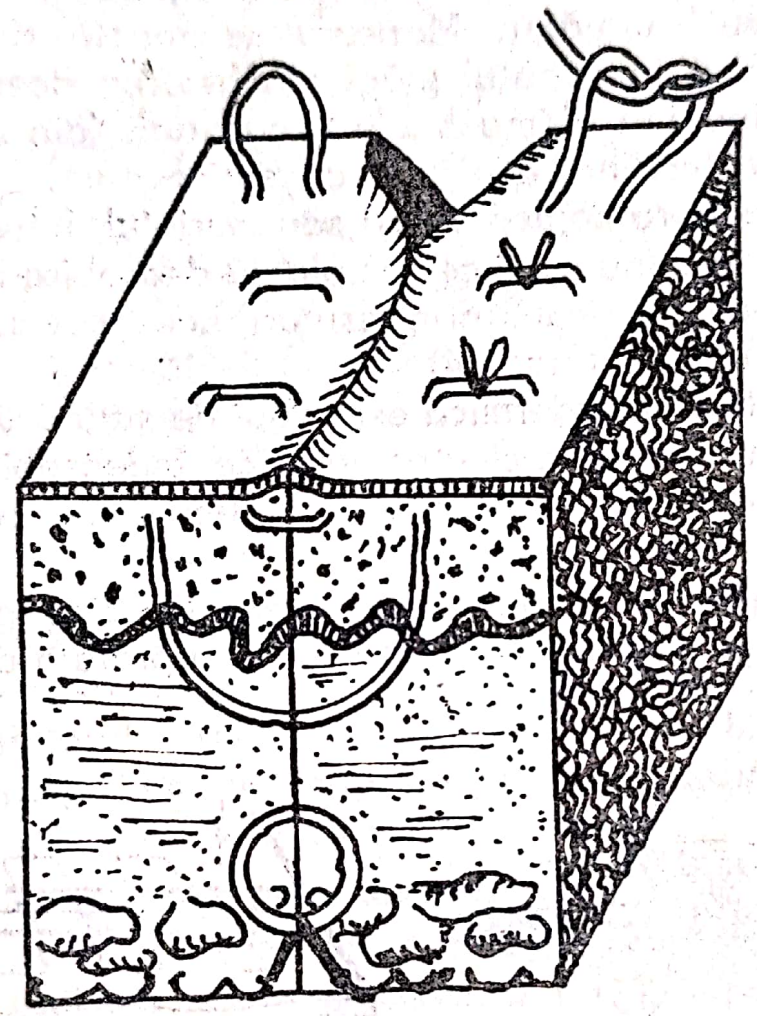

Fig. 13 — Sutura tip Blair — Donatti

Tehnica acestei cusături este următoarea : se trece cu acul Hagedorn primul „pas" la capătul inciziei stratului pe care dorim să-l coasem. Se păstrează un capăt scurt, de aproximativ 10—15 cm, pe care se pune o pensă. Celălalt capăt al firului se lasă lung (30—50 cm și chiar mai mult) în funcție de lungimea plăgii. Pensa de pe firul

Scanned with OKEN Scanner

scurt este preluată de ajutor care o ține în ușoară tensiune pentru a evidenția mai bine marginile planului anatomic ce urmează a fi cusut.

Operatorul trece apoi „pasul" următor, după care trage firul pînă la refuz. De acum, firul este preluat de ajutor care îl ține în tensiune dozată, pînă ce operatorul face „pasul" următor. Manevra se repetă de aceeași manieră pînă la capătul plăgii. Încheierea acestei suturi se face înnodînd ultima buclă a cusăturii (din două fire) cu capătul terminal al firului de surjet.

— **Cusătura cojocărească** sau surjetul întrerupt (sau stopat) se execută ca și cel simplu cu deosebirea că, după fiecare trecere a acului prin țesuturi, acesta se scoate prin interiorul buclei. (Fig. 14)

— **Sutura intradermică** este tipul de sutură utilizat deseori, pentru a obține cicatrici estetice, îndeosebi la nivelul regiunii cervicale anterioare, în intervențiile pe glanda tiroidă.

Firul este trecut prin derm alternativ, cînd pe o margine cînd pe alta a plăgii, paralel cu suprafața epidermei. (Fig. 15)

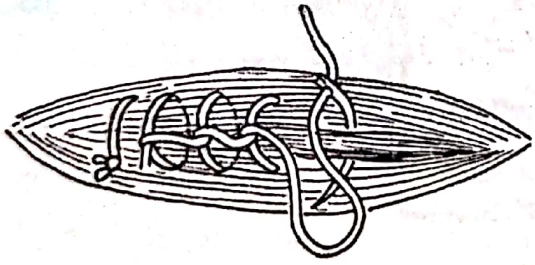

Fig. 14 — Cusătura cojocărească

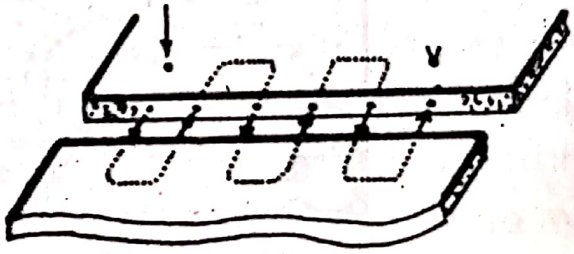

Fig. 15 — Sutura intradermică

— **Sutura în bursă** este utilizată pentru înfundarea unor bonturi (apendice, intestin) după ce, în prealabil, au fost ligaturate sau suturate. Se însăilează în jurul bontului un fir continuu sero-musculo-seros la o distanță egală cu 1/2 — 1/3 din lungimea bontului. În timp ce operatorul înfundă bontul cu o pensă Pean, ajutorul face

Scanned with OKEN Scanner

primul nod și-l strînge în jurul vîrfului pensei Pean, care este retrasă înainte de a strînge complet nodul. Urmează apoi al doilea nod și secționarea firelor. (Fig. 16)

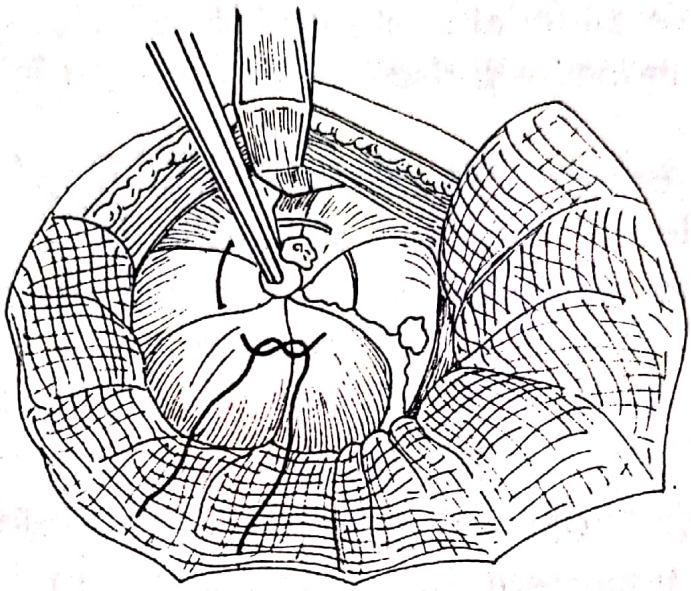

Fig. 16 — Sutura în bursă

— **Sutura cu agrafe metalice.**

Este un procedeu de cusătură rapidă, utilizat îndeosebi la piele. Ajutorul afrontează cu două pense chirurgicale marginile plăgii iar chirurgul le pune cu ajutorul unei pense speciale sau chiar cu o pensă Kocher.

— **Sutura cu materiale adezive.**

Procedeu tehnic intrat de curînd în arsenalul chirurgiei ; sînt utilizate benzi speciale, a căror suprafață de aplicare este acoperită cu o substanță adezivă, bine tolerată de tegumente.

Pentru utilizarea acestui tip de sutură este important ca marginile plăgii să nu fie în tensiune.

În aceeași categorie intră și sutura chimică, care se face cu ajutorul unor substanțe — metilcianoacrilatul sau butilcianoacrilatul — care, în prezența umorilor, polimerizează ; din stare lichidă, prin polimerizare, se solidifică,

Scanned with OKEN Scanner

avînd mare putere adezivă. Pentru realizarea acestei suturi trebuie efectuată o hemostază perfectă. După badijonarea marginilor plăgii, acestea se menţin în contact perfect 30 — 60 secunde, cu o afrontare ireproşabilă.

Avantajele metodei : este rapidă, dă cicatrici estetice, nu necesită manevre şi riscuri ulterioare (ca în cazul scoaterii firelor).

Metoda a fost utilizată în ultimul timp şi în suturi parenchimatoase, vasculare şi intestinale.

— **Sutura secundară** se face în plăgile care au fost infectate, în momentul în care plaga nu mai prezintă secreţii şi culturile bacteriologice din plagă rămîn sterile.

Sutura plăgii este precedată de excizia marginilor plăgii şi de chiuretajul ţesutului de granulaţie pînă în ţesut sănătos.

Suturile profunde se fac cu fire rezorbabile iar tegumentele se cos cu fire nerezorbabile, trecute la intervale mai mari decît la sutura „per primam".

REGULI GENERALE ÎN TEHNICA EFECTUĂRII SUTURILOR ÎN PLĂGILE CHIRURGICALE

1. **Sutura va fi efectuată de regulă de la stînga la dreapta.** Efectuînd sutura de această manieră, cusătura decurge cursiv, fără ca operatorul şi ajutorul să se jeneze reciproc. În chirurgia plastică, în anumite cazuri, este preferată sutura de la dreapta la stînga.

2. **În timpul suturii, ţesuturile trebuie manevrate fără brutalitate, pentru a nu le strivi.** Traumatizarea marginilor plăgii poate avea drept consecinţă o cicatrice de proastă calitate, inestetică la tegumente, pasibilă de a genera o fistulă în anastomozele de pe tubul digestiv.

Scanned with OKEN Scanner

3. **Sutura trebuie să pună în contact țesuturi cu structură asemănătoare.** Punerea în contact a unor țesuturi cu structuri anatomice diferite poate compromite calitatea cicatricilor. Astfel, punerea în contact a arcadei crurale cu mușchiul mic oblic și transvers (și nu cu tendonul conjunct), în cazul curei herniei inghinale, este o cauză de recidivă a herniei.

4. **Hemostaza trebuie să fie perfectă pe tranșa de sutură.** Hemostaza defectuoasă, urmată de un hematom al plăgii, este una dintre cauzele cele mai frecvente ale dehiscenței plăgilor. Sutura poate fi compromisă, atît prin presiunea mecanică și ischemia secundară pe care o exercită hematomul asupra țesuturilor, cît și prin supra-infectarea acestuia și abcedarea lui. Hemostaza pe tranșă nu va fi făcută cu firul de sutură, deoarece există riscul ca vasul care sîngerează să nu fie interceptat, iar sîngerarea să continue în profunzime, sub cusătură.

5. **Acul de sutură trebuie să înțepe perpendicular pe cele două margini ale plăgii.** Poziția oblică a acului pe una din marginile plăgii generează inegalitatea buzelor plăgii, fapt care are drept consecință afrontarea defectuoasă a acestora.

6. **Firele trebuie trecute la intervale egale unul față de celălalt,** pentru a obține un aspect estetic al plăgii.

7. **Sutura trebuie să fie neischemiantă.** Pentru a îndeplini acest obiectiv, chirurgul va avea în vedere ca firul de sutură să nu intercepteze vascularizația țesuturilor suturate. În consecință, intervalul dintre fire nu va fi prea mic, iar nodurile nu vor fi strînse prea puternic.

Semnul peremptoriu al ischemiei țesuturilor este tenta albă pe care acestea o capătă. Pentru sutura tegumentelor, intervalul optim dintre fire va fi de 1 cm, dar sînt situații în care, pentru a obține o afrontare corectă a marginilor plăgii, este necesar ca acest interval să fie mai

Scanned with OKEN Scanner

scurt ; pentru intestin, cercetările lui I. Juvara au arătat că distanța optimă dintre fire în sutura monoplan este de 3 — 3,5 mm. Un interval mai mare compromite etanșeitatea suturii, iar un pas sub 2 mm întîrzie cicatrizarea prin procesul de ischemie.

Pentru a verifica corectitudinea cusăturii se recomandă următoarea manevră : după terminarea anastomozei se sondează spațiile dintre noduri cu vîrful unei pense. Dacă pensa pătrunde ușor în lumen este necesar să punem în acel loc încă un fir de sutură.

Grosimea țesuturilor prinse în ac, pentru a fi suturate, trebuie să fie de 5 mm pentru tegumente, 0,5 — 1 cm la aponevrozele de rezistență și 4 — 5 mm la suturile intestinale.

8. **Sutura executată pe țesuturi în tracțiune este sortită eșecului.**

Dehiscența suturilor efectuate pe țesuturi în tracțiune este secundară tot procesului de ischemie.

În funcție de organul pe care efectuăm sutura putem recurge la o serie de manevre tactice în vederea apropierii buzelor plăgii ; la tegumente se pot face decolări, alunecări de lambouri tegumentare, incizie de degajare etc. ; în suturile pe organe se pot face, de asemenea, decolări la nivelul fasciilor de acolare, alungiri de mezouri și chiar interpoziții de ansă intestinală.

9. **Suturile nu vor fi făcute decît pe țesuturi sănătoase.** Executarea suturii pe țesuturi afectate de procese inflamatorii (acute și cronice), în țesuturi ischemiate sau în cele tumorale, este urmată de regulă de dehiscență. În consecință chirurgul este obligat să rezece din țesuturile bolnave atît cît este necesar pentru a putea realiza sutura în țesut sănătos.

10. **Afrontarea perfectă a marginilor plăgii** este o condiție indispensabilă în obținerea unei cicatrice de bună

Scanned with OKEN Scanner

calitate. Afrontarea corectă a epidermei necesită în anumite cazuri decolarea suplimentară a unei margini a plăgii sau a amîndurora.

În același scop, mai este utilizat și un alt artificiu tehnic : plasarea de fire subepidermice. Această manevră eversează ușor buzele plăgii, eversare care dispare odată cu scoaterea firelor. Dacă după sutură marginile plăgii rămîn inversate, cicatricea ce va rezulta va avea un aspect deprimat și, deci, mai puțin estetic.

Un alt procedeu de a obține afrontarea marginilor plăgii constă în a deplasa nodul pe o margine a plăgii.

Probleme ceva mai dificile le pune afrontarea marginilor inegale ale plăgilor. Sînt cunoscute și aici cîteva artificii tehnice care facilitează operațiunea de afrontare.

Se pune un prim punct de sutură la jumătatea ambelor buze ale plăgii. Se pun apoi alte puncte de sutură la jumătatea celor două jumătăți. Procedînd în continuare de aceeași manieră, marginile plăgii se vor egaliza.

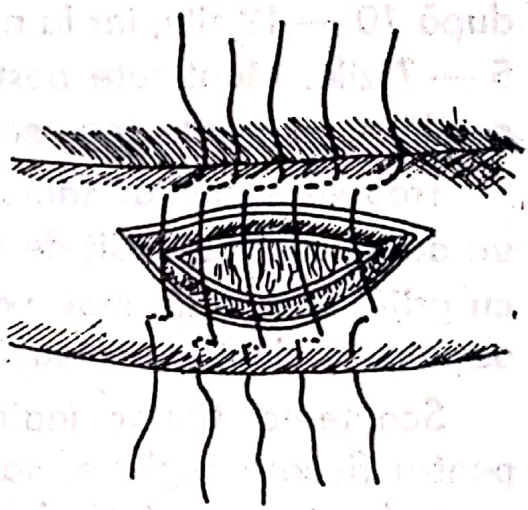

Fig. 17 — Cusătura în „L" tip St. Roman

Chirurgii cu experiență procedează la egalizarea buzelor plăgii făcînd „pași" inegali între înțepături pe cele două margini ale plăgii („pași" mici pe marginea scurtă și „pași" ceva mai mari pe cea lungă). Ștefan Roman recomandă pentru obținerea egalizării a două margini de intestin ce trebuie suturate punctul de cusătură în „L". (Fig. 17)

În cazul unei incizii curbe, sau cînd incizia traversează regiuni denivelate, pentru evitarea decalajului buzelor

Scanned with OKEN Scanner

plăgii în momentul afrontării, este recomandabil ca, preoperator, să se traseze traectul inciziei prin scrijelirea epidermei cu vîrful bisturiului, și perpendicular pe acesta să se traseze cîteva linii care, în momentul suturii plăgilor, vor facilita afrontarea.

Manevra este deseori utilizată în cazul cervicotomiilor anterioare pentru gușă, sau în intervențiile estetice pe sîn sau pe alte regiuni anatomice denivelate.

SCOATEREA FIRELOR

Durata menținerii firelor de sutură la tegumente este în funcție de rapiditatea cu care se vindecă plaga la nivelul regiunii anatomice operate.

La față, firele se scot după 2 — 3 zile, la membre după 10 — 12 zile, iar la nivelul peretelui abdominal după 5 — 7 zile. Menținute peste acest interval de timp, firele pot lăsa amprente tegumentare inestetice.

Trebuie subliniat faptul că scoaterea firelor nu este un act de rutină, lipsit de importanță. Firele se vor scoate cu grijă deosebită, mai ales în regiunile în care dorim să obținem o cicatrice estetică (față, gît).

Scoaterea firelor înaintea termenului optim stabilit pentru fiecare regiune, sau cu o tehnică brutală, poate avea drept consecință dehiscența plăgii.

Tehnica scoaterii firului : acesta trebuie apucat de nod cu o pensă și ținut în tensiune pînă în momentul cînd iese din tegumente o porțiune mai albă a sa. Firul de deasupra tegumentelor este de culoare mai închisă datorită soluției de tinctură de iod cu care a fost badijonată plaga. Sub acest nivel firul va fi secționat cu bisturiul sau

Scanned with OKEN Scanner

cu foarfeca. (Fig. 18) Secționarea firului lîngă nod presupune trecerea unui segment din firul de sutură care a stat deasupra tegumentelor, cu potențial microbian, să fie

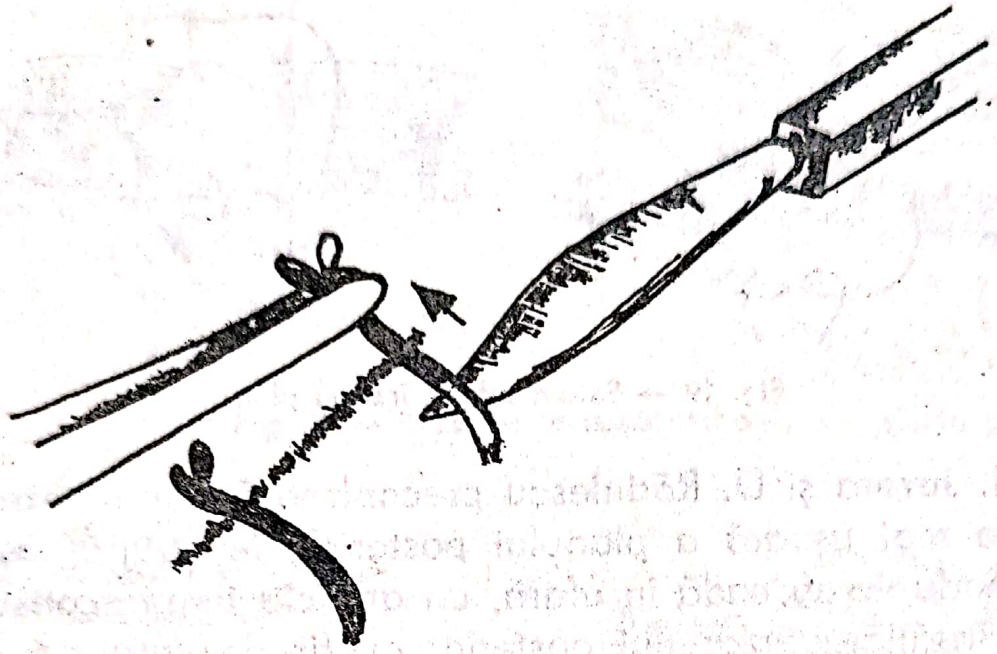

Fig. 18 — Tehnica secționării firelor de sutură

trecut prin țesutul celular subcutanat, fapt care poate genera supurația secundară a plăgii.

Agrafele se scot cu o pensă specială. Se introduce botul pensei care apucă mijlocul agrafei și o apasă, desfăcînd-o.

PROCEDEE DE SUTURĂ PE TUBUL DIGESTIV

a) **Sutura monoplan** are astăzi cei mai mulți adepți. Această sutură poate fi executată în mai multe maniere.

Procedeul Jourdan presupune trecerea firului în plan sero musculos-extramucos. Această sutură conferă de fapt anastomozei două planuri (Simici). Un plan superficial

Scanned with OKEN Scanner

seromusculos și un plan profund constituit din mucoasă fără valoare deosebită în formarea cicatricii și submucoasă.

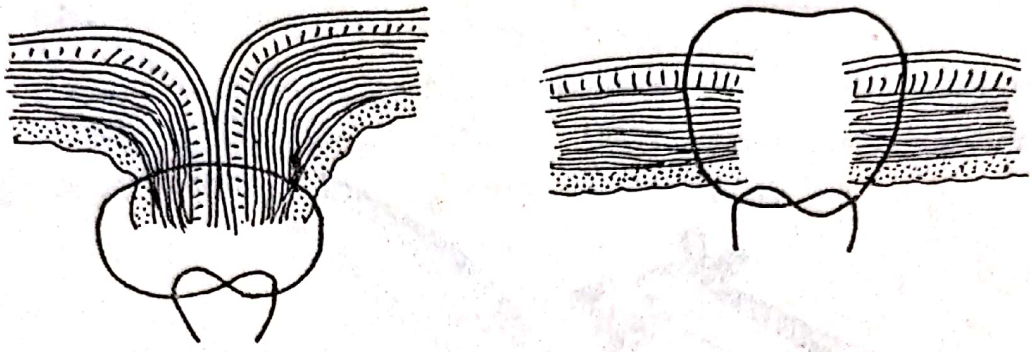

Fig. 19 — Sutura totală, într-un plan

I. Juvara și D. Rădulescu preconizează pentru executarea mai ușoară a planului posterior de sutură, astfel ca nodurile să cadă în afară, un artificiu tehnic constînd din însăilarea planului posterior cu fir de catgut trecut după plasarea a două fire directoare. Firul se trece numai prin mucoasele tranșelor posterioare și se scoate după anteriorizarea planului posterior și efectuarea cusăturilor.

Sutura totală într-un plan, monoplan

În fir sînt prinse toate tunicile intestinului, fapt care asigură o sutură solidă hemostatică și bine afrontată (Joubert). (Fig. 19)

b) **Cusătură în două planuri.** Cusătura tip Czerny, sau tip standard, constă în efectuarea unui plan de cusătură total inversat acoperit pe un plan seromusculos. (Fig. 20 și 21) Sutura în două planuri poate fi făcută cu fire separate (Fig. 22) sau cu surjet, planul total, și cu al doilea surjet, planul sero-mușculos. Este un procedeu preferat de mulți chirurgi în suturile digestive.

Scanned with OKEN Scanner

c) **Sutura în 3 planuri** este proscrisă de majoritatea autorilor, deoarece diminuează lumenul anastomozei și nu conferă mai multă soliditate anastomozei.

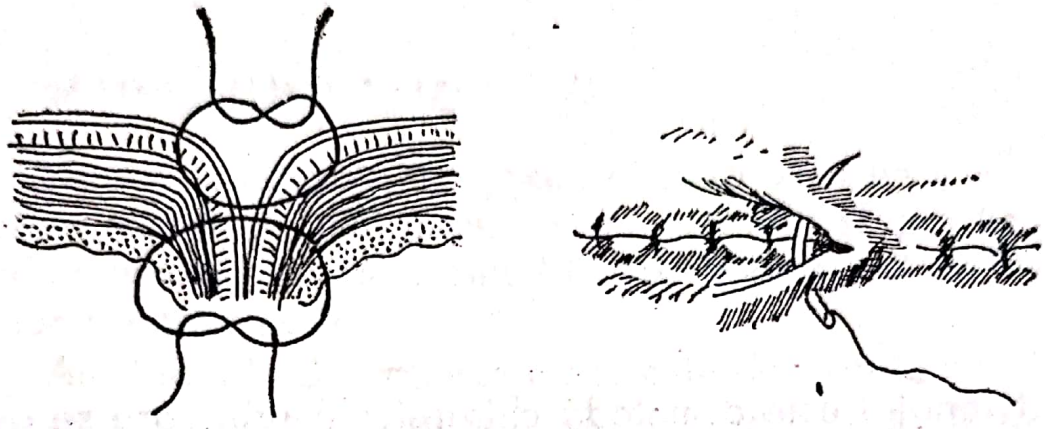

Fig. 20 — Cusătura în două planuri

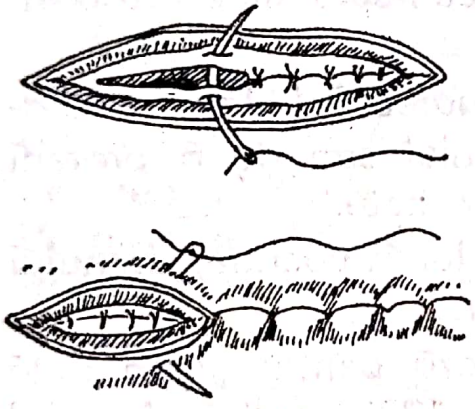

Fig. 21 — Sutura intestinului în două planuri cu fire separate (plan mucos-submucos și sero-musculos)

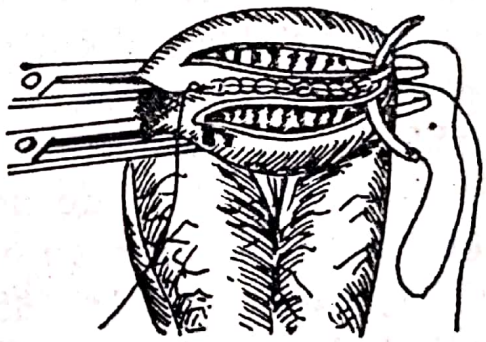

Fig. 22 — Anastomoza a două segmente de intestin cu două surjeturi. Pe tranșa posterioară se vede planul seromusculos terminat

Scanned with OKEN Scanner

10. Drenajul

Drenajul este o metodă chirurgicală prin care se asigură evacuarea la exterior a unor lichide patologice din anumite cavităţi naturale, patologice neoformate sau postoperatorii.

Drenajul are drept scop evacuarea lichidelor patologice dintr-o cavitate a organismului sau de a preveni acumularea acestora în această cavitate.

Cunoscut încă de pe vremea lui Hipocrate, drenajul era utilizat în tratarea empiemelor.

Chassaignac, în 1859, utilizează pentru prima dată tubul de cauciuc, iar Keaton, în 1898, aplică drenajul aspirativ.

Scopul drenajului este în primul rînd curativ şi în al doilea rînd profilactic.

a) Drenajul terapeutic este utilizat ori de cîte ori este necesară evacuarea unor colecţii patologice, cel mai ades purulente, din diferite cavităţi sau ţesuturi.

b) Drenajul profilactic se instituie ori de cîte ori condiţiile operatorii (hemostază defectuoasă, decolări mari de ţesuturi mai ales la obezi, procese septice) ne fac să anticipăm posibilitatea apariţiei unei colecţii seroase sau sanguinolente, capabilă să genereze o colecţie purulentă.

Scanned with OKEN Scanner

Drenajul profilactic, postoperator, este considerat de mulți chirurgi o veritabilă fereastră de supraveghere a actului operator, sau după o expresie consacrată „un ochi de veghe" al chirurgului lăsat în profunzimea plăgii.

MATERIALUL UTILIZAT

Cele mai utilizate materiale în scop de drenaj al cavităților profunde sînt tuburile de cauciuc și plastic, iar lanșetele de cauciuc sînt folosite pentru drenajul plăgilor de suprafață.

Atît tuburile de cauciuc cît și cele de plastic sînt bine tolerate de organism și ușor de sterilizat la autoclav, la 1,5 atm. timp de 30 minute, fie prin fierbere timp de 1 oră, fie prin vapori de formol.

Eficiența maximă a tuburilor de dren este dată de cele 2 — 3 orificii laterale (nu mai mult). Mărimea acestor orificii trebuie să fie între 1/3 și 1/2 din diametrul tubului de dren. Orificiile mari, care depășesc diametrul tubului de dren, le slăbesc rezistența (se pot rupe în momentul mobilizării), iar pe de altă parte le fac nefuncționale.

Mai rar utilizate sînt tuburile de dren cu lumen dublu, tubul „în țigaretă" sau tubul Redon. Destul de rar se utilizează drenajul cu meșă, cu varianta lui cea mai cunoscută — Mickulicz.

Rareori se mai utilizează astăzi drenajul cu fire de setolină sau de nylon.

În momentul cînd instituie drenajul, chirurgul trebuie să ia în considerație o serie întreagă de factori care condiționează eficiența acestei metode : localizarea colecției, cantitatea și calitatea secrețiilor și posibilitățile de refacere a acestora. Totodată, trebuie avute în vedere legile care guvernează evacuarea secrețiilor, ca și anatomia și fiziologia acelei cavități, pentru a putea anticipa dinamica cavității drenate.

Scanned with OKEN Scanner

Reguli care condiționează poziția drenului

— Capătul intern al drenului va fi plasat întotdeauna la punctul decliv al oricărei cavități ce trebuie drenată.

Plasarea defectuoasă a drenului face ca acesta să fie ineficient. Dar trebuie avut în vedere că ineficiența se poate datora și colmatării lumenului cu cheaguri de sînge, sfaceluri și dopuri de fibrină.

— Calibrul tubului va fi ales în funcție de consistența secrețiilor. Este logic ca în cazul secrețiilor vîscoase să utilizăm tuburi groase.

— Traectul drenului din cavitate pînă la tegumente va trebui să utilizeze drumul cel mai scurt și va evita vecinătatea cu trunchiuri vasculo-nervoase importante sau cu organele la al căror nivel pot da leziuni de decubit.

În drenajul abdominal nu este recomandabil ca drenul să traverseze zonele centrale ale abdomenului, îndeosebi în etajul submezocolic, pentru a evita aglutinarea anselor intestinale subțiri în jurul tubului, ceea ce poate genera o ocluzie postoperatorie precoce.

— Nu este indicat ca drenul să fie exteriorizat prin plagă ci prin contraincizii situate cît mai lateral și decliv. Drenajul prin plagă duce la infectarea acesteia și la slăbirea peretelui.

— Drenul va fi fixat cu fire de ață la tegumente, pentru a nu fi scos accidental odată cu pansamentul sau pentru a nu fi aspirat în cavitatea toracică sau abdominală.

— Pentru etajul supramezocolic se utilizează calea subhepatică în chirurgia esofagului abdominal, stomacului, duodenului, ficatului și căilor biliare.

— Drenajul subfrenic stîng este utilizat în chirurgia splinei și a cozii pancreasului.

Scanned with OKEN Scanner

— Drenajul Douglasului se utilizează în intervențiile pe etajul abdominal inferior (intervenții pe colan și sfera genitală) iar exteriorizarea tubului se face prin fosele iliace.

— Drenajul „spălătură" al peritoneului este o variantă a drenajului peritoneal care plasează cîte un tub de dren în fiecare hipocondru, prin care se perfuzează soluție de spălare, și alte două drenuri colectoare : unul plasat în Douglas și altul paracolic stîng, scos prin fosa iliacă stîngă.

Cînd se suspendă drenajul ?

Suprimarea drenajului este în funcție de cantitatea secrețiilor exteriorizate. Drenajul profilactic după o apendicită mai laborioasă sau după un colecist „banal" se poate suspenda chiar în prima sau a doua zi după operație.

Drenajul după operațiile mari abdominale se suspendă de regulă în a șasea zi de la operație, cînd deja tubul a făcut traiect, dar mobilizarea tubului va fi făcută după 48 ore de la operație.

În suprimarea drenului mai trebuie ținut cont de schimbarea aspectului secrețiilor (cînd evoluția locală este favorabilă, secrețiile sînt seroase sau rozate).

În suspendarea drenajelor plăgilor trebuie ținut cont de aspectul general al plăgii (dispariția edemului și a congestiei tegumentare).

Trebuie spus că în materie de drenaj, fiecare chirurg are o experiență proprie, care corespunde și cu cea a școlii căreia îi aparține.

Scanned with OKEN Scanner

Drenajul pleural

— Drenajul în chirurgia toracică are o serie de particularități față de cel din chirurgia abdominală.

Scopul drenajului pleural este acela de a evacua conținutul aerian sau lichidian (sînge, serozitate, puroi) din pleură, în vederea obținerii reexpansiunii pulmonare.

Toate intervențiile ce implică deschiderea cavității toracice se termină cu drenaj pleural.

Cea mai simplă formă de drenaj pleural pasiv este cea efectuată la borcanul tip Beclère (Fig. 23), în care

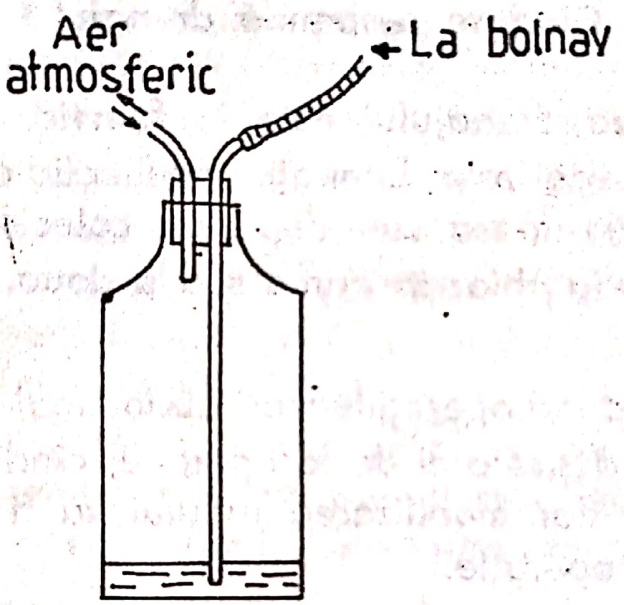

Fig. 23 — Boreau tip Beclère

unul dintre tuburile care străbat dopul este scurt și comunică cu aerul atmosferic, iar celălalt tub, mai lung, ajunge la fundul borcanului, unde pătrunde aproximativ 1,5 — 2 cm în lichidul antiseptic, și este racordat la drenul bolnavului.

Drenajul pasiv tip Beclère (imaginat de Bulău) constă în evacuarea secrețiilor și a aerului în borcan.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru aspirație activă se folosește un sistem complex de 3 borcane.

Nu insistăm asupra modului de funcționare a acestui sistem, el fiind îndeosebi util specialistului în acest domeniu.

Rolul drenajului în chirurgia pleuropulmonară este, pe lîngă acela de a realiza evacuarea produselor patologice, și un rol funcțional — de a favoriza reexpansiunea pulmonară urmată de obținerea unei simfize funcționale.

Scanned with OKEN Scanner

II. Ritmul intervenției

„Arta este să operezi repede, să faci totul, dar fără să te grăbești"

Pius Brînzeu

Promptitudinea și rapiditatea în operație au fost mult timp socotite calități esențiale pentru un chirurg. În perioada de început a chirurgiei, mulți chirurgi își făceau un titlu de glorie din maniera rapidă în care operau. Fără îndoială că acest mod de a privi lucrurile izvora din necesitatea de a termina cît mai repede operația, pentru a nu prelungi chinurile bolnavului, deoarece în acele vremuri posibilitățile de a diminua durerea erau minime.

Dupuytren spunea la începutul veacului trecut : „durerea omoară ca și hemoragia".

Anestezia a apărut destul de tîrziu și odată cu ea a slăbit și accentul pe care chirurgii îl puneau asupra ritmului alert al intervenției. S-a spus chiar că anestezia a făcut din mulți neîndemînatici chirurgi, afirmîndu-se chiar, exagerat, că durata intervenției chirurgicale nu ar avea nici o importanță asupra evoluției postoperatorii a bolnavului.

Este adevărat că astăzi, în condițiile unei tehnici avansate și ale unor droguri tot mai puțin toxice, bolnavii pot fi anesteziați în bune condiții chiar 8 — 10 ore, dar nu trebuie uitat următorul fapt : consecințele anesteziei și ale intervențiilor îndelungate pot apărea chiar la cîteva zile după operație.

Scanned with OKEN Scanner

Încă din 1949 chirurgul englez Ogilvi remarca: „noi încercăm să operăm menajînd țesuturile, evitînd pierderile inutile de sînge etc. ..., dar înclinăm să ignorăm faptul că forma de traumatism cel mai ușor de evitat este timpul. În tot cursul duratei operației, procesele vitale ale bolnavului lucrează la nivel scăzut. Metabolismul lui face tot ce poate pentru a se debarasa de substanțele noi care îi sînt aduse. Țesuturile lui sînt uscate și răcite. Chiar dacă sînt acoperite cu cîmpuri umede, ele vin în contact cu un mediu foarte diferit de cel normal.

Dar, mai mult decît atît, gambele, coapsele, fesele sînt în nemișcare pe masa de operație și afluxul scăzut de sînge care ajunge în vasele femurale trebuie să-și găsească o cale pe sub arcada femurală, care e bine întinsă prin poziția nenaturală de extensie a coapsei. Asemenea condiții pot fi suportate 1 — 2 ore, dar dacă se mențin 4 — 6 — 8 ore, aceasta va reprezenta un traumatism însemnat".

Cursivitatea și ritmul susținut al intervenției trebuie să fie rezultatul perfectei stăpîniri a profesiei de chirurg și nu al grabei și al gesturilor repezite. Aceasta presupune o perfectă cunoaștere a anatomiei, a tehnicii chirurgicale, a bolnavului pe care îl operezi. Nici calitățile native cu care trebuie să fie înzestrat orice chirurg, orientarea rapidă în plagă și îndemînarea nu sînt lipsite de importanță.

Orice operație trebuie pregătită mental înainte de a o efectua. În mod deosebit, trebuie pregătite intervențiile pe care le efectuăm mai rar. Pregătirea trebuie începută cu datele de anatomie și de tehnică chirurgicală adaptate, de bună seamă, cazului pe care îl avem de rezolvat.

Ritmul intervenției poate varia de la chirurg la chirurg, în funcție de temperamentul fiecăruia, dar în perimetrul unor limite acceptabile. În nici un caz ritmul lent nu trebuie să fie consecința nepriceperii, ignoranței sau neîn-

Scanned with OKEN Scanner

deminării flagrante. Orice intervenție trebuie să aibă cursivitate și ritm, fără bîjbîieli și reveniri stîngace, menajînd la maximum țesuturile sănătoase, evitînd pierderile sangvine, avînd ca principal obiectiv păstrarea țesuturilor funcționale. Astăzi este bine cunoscut faptul că durata de execuție a operației este un veritabil traumatism pentru organism, traumatism care se poate manifesta pe multiple planuri.

În timpul intervenției, organele interne vin în contact direct cu mediul exterior, fapt care poate duce la deshidratarea și la răcirea țesuturilor. Este clar : cu cît durata intervenției va fi mai lungă, cu atît aceste fenomene vor fi mai accentuate.

Să ne gîndim numai la traumatismul pe care îl exercită un puternic depărtător Finochietto, într-o intervenție toracică prelungită pe o durată de 5 — 6 ore. Marginile plăgii puternic comprimate vor suferi un îndelungat proces de ischemie, care în evoluția postoperatorie poate avea repercusiuni importante, una dintre acestea fiind diminuarea posibilităților de apărare contra infecției. A fost dovedit faptul că potențialul biologic de apărare a organismului în fața agresiunii bacteriene este scăzut pe toată durata intervenției chirurgicale, de unde concluzia logică : riscul apariției complicațiilor supurative postoperatorii este direct proporțional și cu durata intervenției chirurgicale.

Astăzi este unanim recunoscut că morbiditatea și mortalitatea postoperatorie sînt condiționate și de durata operației, că fistulele digestive și supurațiile postoperatorii sînt mai frecvente la bolnavii la care intervențiile s-au prelungit în mod nejustificat.

Circulația venoasă este, de asemenea, interesată în cursul unei intervenții chirurgicale de lungă durată. Musculatura și vasele fesiere sînt comprimate ore întregi, fapt

Scanned with OKEN Scanner

care poate determina apariția unor tromboze venoase difuze, sursă potențială a unor posibile embolii postoperatorii.

Complicațiile pulmonare și cardiace sînt, de asemenea, mult mai frecvente la bolnavii la care intervenția chirurgicală s-a prelungit în timp.

Nu este de neglijat nici toxicitatea substanțelor anestezice inhalate timp îndelungat, care afectează cordul, ficatul, rinichiul și alte organe.

Ritmul operației poate fi diferit de la caz la caz, în primul rînd în funcție de gradul ei de dificultate ; chiar în cursul aceleiași intervenții sînt timpi operatorii bine codificați, în regiuni anatomice mai puțin vitale, care pot fi efectuați în ritm susținut. Sînt și timpi operatorii care trebuie făcuți în ritm mai lent, cu gesturi blînde, așa cum sînt timpii de disecție a hilurilor sau a planurilor de clivaj. După executarea acestor timpi, operația poate continua în ritm vioi.

În intervențiile mici și mijlocii, cum sînt, spre exemplu, apendicita sau hernia, ritmul trebuie să fie vioi și cursiv. La acest gen de intervenții nu sînt permise pierderi inutile de timp la un chirurg cu experiență medie ; dar și aici trebuie menționat faptul că sînt anumite forme de hernii, cum sînt cele recidivate, sau chiar apendicite cu localizări mai rare și aderențe foarte întinse, care necesită o disecție îngrijită, minuțioasă și delicată.

Sînt și operații care în mod normal se desfășoară într-un ritm lent : intervențiile pe vasele mari și cord, operațiile pe membre și cele de chirurgie estetică.

Deci ritmul intervenției trebuie strict adaptat timpului operator și, mai ales, dificultății cazului pe care îl avem de rezolvat.

Sînt și cazuri de o gravitate excepțională, așa cum sînt hemoragiile fudroiante cauzate de traumatisme,

Scanned with OKEN Scanner

obstrucția laringiană acută etc., care presupun o intervenție promptă și rapidă ; o hemostază promptă sau o traheostomie făcută în timp util poate salva bolnavul. Lentoarea chirurgului în aceste situații, sau în altele asemănătoare, poate echivala cu moartea bolnavului.

În astfel de cazuri de mare urgență, o serie de principii de asepsie și antisepsie unanim admise, fără să mai vorbim de cele de ordin estetic, își pierd valabilitatea.

Din păcate, am avut ocazia să văd un chirurg care în cazul unei hemoragii grave exteriorizate printr-o plagă abdominală, în urma unei înjunghieri, voia cu orice preț să se spele pe mîini după tot ceremonialul. În această situație, chirurgul are de ales între riscul unei supurații postoperatorii sau acela de a pierde bolnavul prin exanghinare. Nu încape îndoială că prima soluție este singura valabilă. În cazurile în care se impune intervenția de mare urgență, este suficient să luăm o pereche de mănuși sterile de cauciuc și să oprim hemoragia, după care intervenția poate continua conform principiilor chirurgicale clasice.

Exemplul pe care l-am dat mai sus dovedește cu prisosință că chirurgul trebuie să aibă o judecată elastică și că nu trebuie să fie sclavul unor principii chirurgicale aplicate rigid. Adorația oarbă a unor principii general valabile și neadaptarea lor la particularitățile cazului, mai ales în situația unor urgențe complexe, poate avea consecințe dezastruoase.

Desfășurarea cursivă, fără stîngăcii și reveniri, a unei intervenții chirurgicale depinde în bună măsură și de echipa chirurgicală. O echipă omogenă, în care fiecare component își cunoaște perfect atribuțiile și în care există o gîndire și o logică chirurgicală, va asigura în mod cert intervenției cursivitate, ritm și siguranță.

Scanned with OKEN Scanner

O altă condiție importantă pentru ca intervenția să se desfășoare în mod cursiv este aceea de a avea o anestezie bună, cu peretele perfect relaxat, fapt care conferă o liniște deplină în plaga operatorie.

O operație care se desfășoară la repezeală, pe un bolnav agitat, cu peretele abdominal contractat, oferă un spectacol dezagreabil, de nesiguranță și de lipsă de profesionalitate. În plus, agitația bolnavului creează chirurgului o stare de tensiune nervoasă, cu toate consecințele neplăcute care pot decurge de aici.

Rapiditatea intervenției de dragul performanței sportive în sine este din capul locului neavenită. Această conduită este periculoasă și, deci, condamnabilă, deoarece supune la riscuri nejustificate viața bolnavului. Deci, ritmul și durata execuției actului operator în chirurgie nu trebuie să fie un scop în sine, ci vor fi înțelese în sensul unor factori adjuvanți care pot contribui la rezolvarea cu minimum de riscuri a cazului.

Scanned with OKEN Scanner

12. Pregătirea preoperatorie

Pregătirea bolnavului pentru operație este deosebit de importantă și implică trei aspecte :

a) **Pregătirea psihologică** este de o deosebită importanță.

Foarte mulți bolnavi vin în serviciile de chirurgie timorați, anxioși ; alții, dimpotrivă simulînd un curaj nejustificat. Această ultimă categorie de bolnavi se pot dovedi uneori capabili de surprize neplăcute intra și postoperatorii : lipotimii, variații tensionale etc.

De aceea, chirurgul și personalul din subordine vor trebui să știe să se apropie de bolnav, căutînd să minimalizeze în fața acestuia riscul operator, teama de durere sau de eventualele complicații postoperatorii. Celebrul neurolog rus Behterev spunea : „dacă în urma unei convorbiri cu medicul, bolnavul nu se simte ameliorat, atunci cel cu care a vorbit nu-și merită calitatea de medic".

O grijă deosebită trebuie avută în cazul bolnavilor fricoși, sau cu un psihic labil, de la care chirurgul trebuie să obțină încrederea și colaborarea postoperatorie, mai ales, dacă aceștia vor fi supuși unor intervenții laborioase.

Referitor la acest lucru, profesorul C. Gh. Dimitriu spunea : „un medic, oricît de înalt ar fi gradul său de pregătire profesională sau de tehnicitate, dacă rămîne un

Scanned with OKEN Scanner

slab psiholog riscă să nu depășească limitele mediocrității din punct de vedere al eficienței terapeutice".

Atitudinea distantă stresează bolnavul. Dimpotrivă, atitudinea tonică, jovială, sau chiar glumeață, realizează apropierea sufletească între medic și bolnav, apropiere necesară creării unui climat prielnic optim în vederea traversării actului operator.

Un aliat de mare valoare în crearea încrederii reciproce dintre medic și bolnav îl constituie contactul cu ceilalți bolnavi operați din salon, care constituie cea mai elocventă dovadă a acestei utile colaborări.

Fiecare chirurg are adînc întipărite în memorie cazuri disperate, aparent fără perspective, și care, după actul operator, au evoluat favorabil poate și datorită faptului că bolnavul a fost bine echilibrat psihic ; altele, dimpotrivă, care s-au soldat cu eșecuri în cazuri relativ banale, dar la care pregătirea psihologică a fost defectuoasă sau complet neglijată.

Sînt deja multe clinici de chirurgie care au angajați permanent psihologi, care se ocupă de pregătirea preoperatorie și postoperatorie a bolnavilor.

b) **Pregătirea locală.**

Orice serviciu chirurgical bine organizat are în vedere ca surorile și infirmierele să vegheze asupra igienei personale a bolnavilor internați.

Bolnavii vor fi îmbăiați înainte de a fi internați în salon și de asemenea cu o zi înaintea operației.

Schimbarea lenjeriei de pat și a pijamalelor va fi făcută cît mai des cu putință.

Pregătirea bolnavilor în vederea operației presupune o serie de măsuri de ordin general : tăierea unghiilor, tunderea părului, bărbieritul la bărbați și toaleta intimă a bolnavelor.

O atenție deosebită o necesită pregătirea locală a regiunii pe care se va desfășura actul operator.

Scanned with OKEN Scanner

Raderea părului va fi făcută pe suprafețe convenabile în regiunile piloase, cum sînt pielea capului, regiunea pubiană, regiunea axilară a trunchiului, membrelor și a organelor genitale.

Raderea părului va fi precedată de toaleta regiunii respective cu apă și săpun. Eventualele escoriații și tăieturi vor fi badijonate cu alcool iodat și pansate.

Prezența părului împiedică dezinfecția corectă și eficientă a tegumentelor și crește riscul infectării plăgii operatorii.

Raderea părului va fi făcută în dimineața din ziua intervenției, pentru a evita apariția foliculitei locale care se poate instala dacă bolnavul este ras cu mai mult de 12 ore înaintea operației.

— Clismarea bolnavului va fi făcută în seara dinaintea operației, pentru a evita defecația involuntară în cursul actului operator.

— Înainte de a fi dus la sala de operație, bolnavul va fi pus să urineze. O vezică plină poate fi ușor rănită în cursul intervențiilor efectuate pe etajul abdominal inferior.

Intervențiile pe perineu sau în sfera genitală necesită la femei, pe lîngă toaleta intimă, și o spălătură vaginală.

c) **Pregătirea generală a bolnavului** va fi făcută îndeosebi atunci cînd se are în vedere o intervenție de mare amploare.

Aceasta va fi făcută în colaborare cu medicul anestezist reanimator și va avea în vedere o echilibrare hidroelectrolitică a masei eritrocitare, corectarea proteinemiei etc.

Nu insistăm în mod deosebit asupra acestui capitol, deoarece depășește cadrul lucrării noastre.

Scanned with OKEN Scanner

13. Echipa chirurgicală

În momentul de față nu poate fi concepută o activitate chirurgicală de calitate în afara unei echipe chirurgicale bine sudate. Nu se poate opera corect și elegant decît în condițiile unei echipe bine antrenate, în care toți componenții ei își cunosc atribuțiile și gesturile.

Șeful echipei trebuie să aprecieze posibilitățile colaboratorilor, pentru a le putea da sarcini pe măsura experienței lor. Nu trebuie însă confundată experiența cu vechimea în profesie. Atitudinea arogantă a șefului, ca și aceea de a-și pune în inferioritate colaboratorii, produce o impresie neplăcută și generează, mai devreme sau mai tîrziu, disensiuni în echipă. La fel de periculoasă este și atitudinea de independență și insubordonare a unui membru al colectivului chirurgical, care nu poate genera decît situații conflictuale, străine spiritului de echipă. De aceea, în orice echipă trebuie să domnească relații de colaborare și înțelegere colegială.

Există, fără îndoială, o artă de a te comporta cu colegii și bolnavii. Din păcate, nu toți facem efortul de a ne-o însuși și de a o aplica în practică.

În chirurgie, relațiile cu oamenii pot pune de multe ori probleme mai dificile decît meseria însăși. Temperamentul chirurgului este fără nici un dubiu mai deosebit decît al celorlalți colegi de breaslă medicală. Chirurgul

Scanned with OKEN Scanner

este de regulă mai prompt în hotărîri, cu o personalitate mai accentuată, trăsături de caracter care îl predispun mai uşor la ciocniri. În aceste circumstanţe este necesar ca fiecare chirurg, indiferent de treapta ierarhiei medicale pe care a ajuns, să-şi respecte confraţii. Numai în condiţiile respectului reciproc şi al fair play-ului pot fi evitate situaţiile conflictuale ce pot apărea într-o echipă chirurgicală.

Arta de a te comporta cu bolnavul este la fel de importantă în profesia noastră. Nu trebuie uitat nici o clipă că bolnavii vin în secţiile de chirurgie angoasaţi, stressaţi chiar, şi că orice stîngăcie în comportamentul medicului le poate accentua această stare.

Încă de la primul contact al bolnavului cu spitalul, el trebuie sedat printr-o atitudine calmă şi apropiată. Atitudinea detaşată, funcţionărească, sau cea rece, savant-distantă impresionează neplăcut bolnavul. Încurajarea bolnavului, tactul şi interesul pe care chirurgul îl arată pentru suferinţa, ca şi pentru preocupările lui familiale şi profesionale, creează climatul propice pregătirii şi efectuării intervenţiei chirurgicale.

Este recomandabil ca în orice intervenţie echipa operatorie să fie formată din trei chirurgi, operatorul şi două ajutoare. Al doilea ajutor este de regulă un chirurg cu mai puţină experienţă, sau o soră instrumentară. Greşit socotesc acei tineri chirurgi care apreciază că a ajuta ca al doilea ajutor („la mîna a treia") este o pierdere de vreme. A ajuta zilnic la „mîna a doua" sau a treia este un lucru deosebit de util şi instructiv pentru formarea unui începător care urmăreşte cu atenţie desfăşurarea actului operator, dar nu şi pentru cei absenţi sau precoce blazaţi, aşa cum din păcate mai întîlnim. A ajuta bine „la mîna a treia" este de cele mai multe ori mai dificil decît la „mîna a doua", acest post presupunînd o perfectă cunoaştere a timpilor operatori.

Scanned with OKEN Scanner

Un tînăr chirurg care ajută bine ca „mîna a treia" face deja dovada unor reale aptitudini chirurgicale. Este un lucru bine știut că un chirurg care ajută bine este în același timp și un bun operator.

Ajutoarele trebuie să fie active pe tot parcursul intervenției, contribuția lor fiind deosebit de importantă în desfășurarea fluentă, fără poticniri, a actului operator. Aceasta însă presupune ca ambele ajutoare să cunoască perfect timpii intervenției și să fie bine familiarizate cu gesturile și, în general, cu maniera de a opera a operatorului, pentru a-i putea anticipa intențiile în cursul intervenției.

Într-o echipă chirurgicală bine organizată, fiecare membru al ei are sarcini precise. Disecția și suturile sau alți timpi importanți vor fi făcute în mod obligatoriu de operator căruia, în treacăt fie spus, îi aparține responsabilitatea operației. O echipă în care toți taie și toți cos lasă o impresie neplăcută.

Fără îndoială că spiritul de echipă și cunoașterea reciprocă nu pot fi realizate decît în condițiile unei conlucrări îndelungate.

Se poate spune că un ajutor ideal în chirurgie este acela care își coordonează perfect gesturile cu cele ale operatorului și care, în urma conlucrării în timp cu operatorul, anticipează intențiile și gesturile acestuia, facilitînd desfășurarea în condiții optime a operației.

În orice intervenție chirurgicală operatorul dă o serie de indicații ajutoarelor, care trebuie făcute calm, cu mult tact. Bruscarea ajutoarelor, mai ales cînd este vorba de începători, nu are nici pe departe darul de a le corecta stîngăciile ci, dimpotrivă, le generează o stare de încordare și de tensiune nervoasă care îi fac să-și controleze mai puțin gesturile și îi predispun la greșeli.

Scanned with OKEN Scanner

Așezarea operatorului și a ajutoarelor

La orice intervenție chirurgicală intră cel puțin doi chirurgi : operatorul și ajutorul. Pentru intervențiile mari pot intra 3 sau chiar 4 ajutoare.

Operatorul este cel care dirijează operația, care are în permanență inițiativa, care efectuează timpii importanți ai acesteia și care, practic, poartă întreaga responsabilitate a cazului.

Operatorul stă de regulă la dreapta bolnavului în intervențiile supraombilicale. Excepțiile de la această regulă au fost enumerate la cap. 4.

Ajutorul stă de regulă în fața operatorului și are rolul de a facilita manevrele operatorului printr-o serie de gesturi simple : tamponarea plăgii, depărtarea marginilor plăgii, efectuarea ligaturilor vasculare etc.

Al doilea ajutor se așează între primul ajutor și masa de instrumente și are ca primă atribuție aceea de a instrumenta, adică de a înmîna instrumentul adecvat atît operatorului cît și primului ajutor. Pensele de hemostază se dau în palmă cu inelele înainte, printr-un gest ferm și apăsat dar fără a lovi palma.

După ce s-au făcut ligaturile, pensele sînt date ajutorului II care le șterge și le așează în ordine. Punerea în ordine a instrumentelor pe masă este o altă atribuție a ajutorului II.

Ajutorul II mai poate fi folosit și atunci cînd sînt necesare tracțiuni pe o valvă în scopul de a pune în evidență mai bine o anumită regiune anatomică, așa cum este necesar deseori în colecistectomii. În acest caz, ajutorul II trece la stînga operatorului.

Trebuie spus că nici locul operatorului nu este fix. Sînt situații cînd sînt necesare viscerolize laborioase în

Scanned with OKEN Scanner

hipocondrul și flancul drept și atunci este util ca operatorul să treacă în stînga, iar ajutorul să vină în dreapta pînă efectuează acest timp. Operatorul nu trebuie să ezite să-și schimbe locul în funcție de necesitățile timpului operator.

Schimbările de locuri între operator și ajutoare trebuie făcute cu grijă, ca în momentul efectuării acestor „rocade" să nu se atingă fața ventrală a halatului propriu de fața dorsală (care nu e sterilă) a halatelor celorlalți.

Scanned with OKEN Scanner

14. Ținuta chirurgului și a sălii de operație

Orice intervenție chirurgicală este precedată de o pregătire minuțioasă, care presupune un veritabil „ritual" ce trebuie bine însușit și respectat, atît de către chirurgi cît și de către personalul sălii de operație. Acest „ritual" presupune efectuarea unor preparative într-o succesiune bine stabilită, avînd drept scop principal respectarea riguroasă a regulilor de asepsie și antisepsie :

— **Este strict interzisă efectuarea unor manevre septice de către chirurgi în orele dinaintea intervenției** (tact rectal sau vaginal, pansamente septice etc.).

Oricare dintre aceste manevre poate duce la creșterea numărului de germeni pe mîinile operatorilor.

— În sala de operație este interzis a intra fără calotă, mască, halat și botoșei curați, materiale absolut necesare oricărui bloc operator.

În sala de operație chirurgul va intra în costum curat sau chiar steril, confecționat din pînză. În nici un caz nu este permis de a opera cu hainele și încălțămintea de spital.

— **Spălarea mîinilor chirurgului** este un timp cheie în pregătirea actului operator, care se face timp de 15 minute cu apă și săpun, cu trei rufe a cîte 5 minute.

Scanned with OKEN Scanner

Cu prima rufă se spală mîna și antebrațul pînă la cot, apoi se clătește cu apă în așa mod încît apa să se scurgă de la degete spre cot. Cu a doua rufă se spală antebrațul pînă la jumătatea lui, iar cu a treia rufă se face spălarea pînă în treimea inferioară.

În timpul spălării și pînă în momentul îmbrăcării halatului steril, chirurgul va ține brațele și antebrațele astfel încît apa să se scurgă spre coate.

După spălare mîinile sînt dezinfectate cu alcool, după care se usucă cu o compresă sau cu un cîmp steril. Nu este permisă îmbrăcarea halatelor cu mîinile umede, deoarece umezirea acestora favorizează pătrunderea microbilor dinspre suprafața corpului spre fața externă a halatului.

— **Îmbrăcarea chirurgului** se face de către o soră de la sala de operație.

Chirurgul scoate din casoletă masca de tifon, o despătură, o ține de capetele șiretelor cu care se fixează și o potrivește în dreptul gurii și nasului.

Sora prinde șireturile și le fixează după cap și după gît.

Urmează îmbrăcarea halatului, care este scos din casoletă cu grijă : în momentul despăturirii, fața externă să nu se atingă de hainele chirurgului.

Sora exercită apoi tracțiuni pe părțile din spatele halatului pentru a ajuta la îmbrăcare și leagă apoi panglicile și cordonul la spate. Halatul trebuie îmbrăcat peste o bluză sau un tricou, deoarece transpirația din timpul operației compromite asepsia.

Îmbrăcarea mănușilor. Și aici trebuie avut grijă ca în timpul acestei manevre tegumentele să nu atingă suprafața externă a mănușilor.

Pentru a ușura manevra de îmbrăcare a mănușilor, acestea vor fi bine pudrate cu talc. Se prinde cu mîna dreaptă mănușa cu manșeta îndoită și se trage pe mîna

Scanned with OKEN Scanner

stîngă. Se apucă mănușa dreaptă cu mîna stîngă sub manșetă și se îmbracă mîna dreaptă (Fig. 24) apoi se îndreaptă manșeta.

În chirurgia abdominală și în ortopedie, pe deasupra mănușilor de cauciuc pot fi îmbrăcate mănuși de ață, care

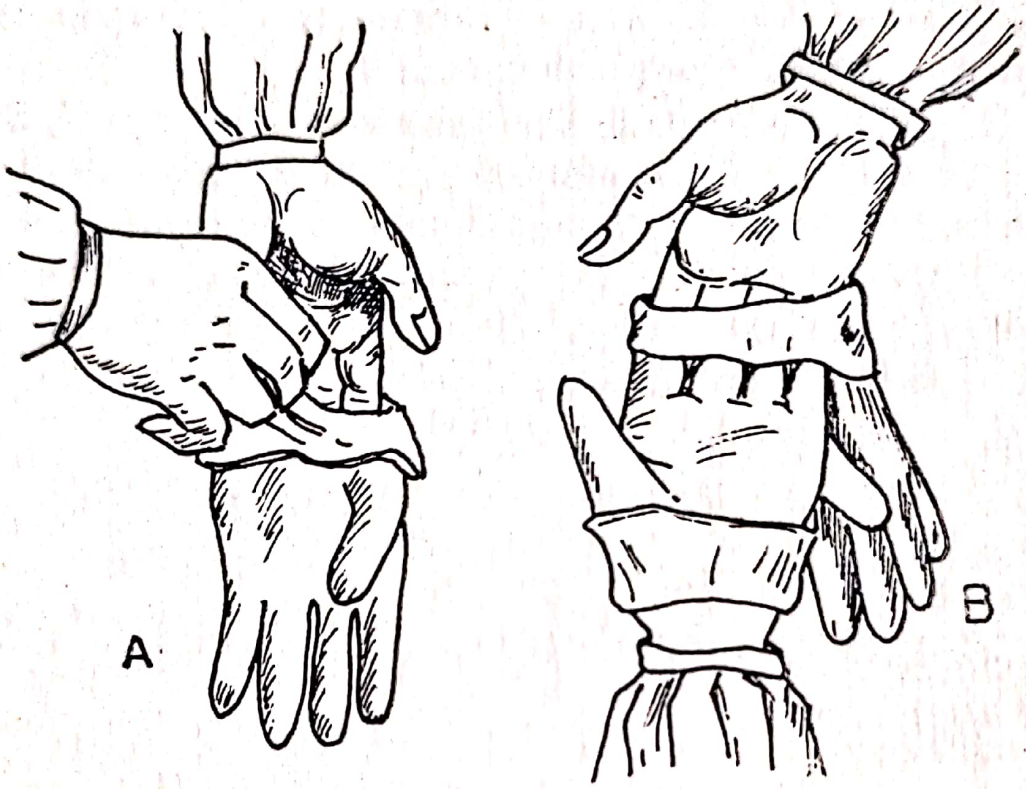

Fig. 24 — Tehnica îmbrăcării mănușilor

facilitează priza asupra organelor și instrumentarului, avînd totodată și rol protector. Personal, preferăm să îmbrăcăm mănușa de ață doar pe mîna stîngă cu care facem priza organelor, lăsînd mîna dreaptă cu care executăm decolările și manevrele de finețe doar cu mănușa de cauciuc.

— **Schimbarea îmbrăcămintei și a mănușilor între două operații.**

Este greșit a se scoate întîi mănușile și apoi halatul deoarece fața externă a halatului care nu mai este sterilă

Scanned with OKEN Scanner

atinge mîinile care nu mai sînt protejate de mănuși, în momentul dezbrăcării lui.

Corect această schimbare se face astfel : sora desface masca, șnururile și cordonul halatului. Se întoarce halatul pe dos iar sora trage de el pînă îl scoate, mănușile rămînînd pe loc. (Fig. 25 a) Apoi chirurgul prinde o mă-

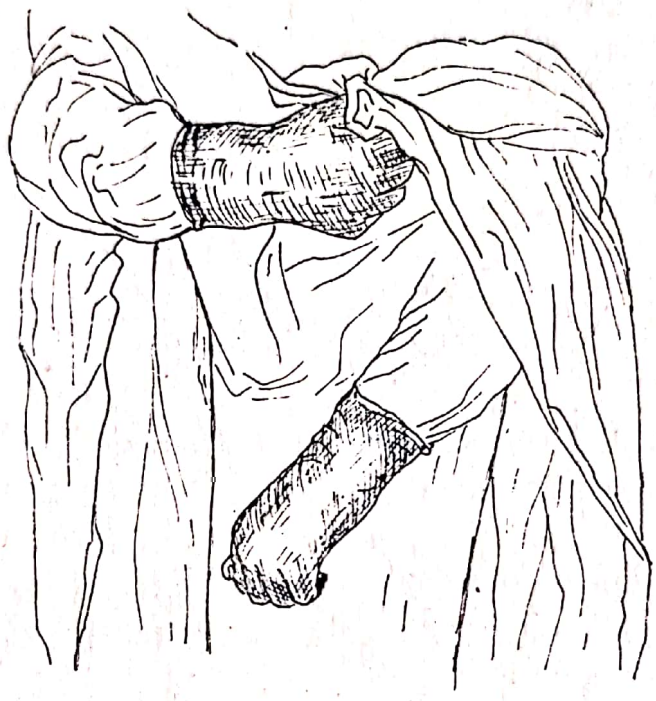

Fig. 25 a — Tehnica schimbării halatului în operații.

nușă de manșetă și o scoate de pe mînă, întorcînd-o pe dos; mediusul și indexul mîinii de pe care s-a scos mănușa se insinuează pe sub manșeta mănușii restante și se scoate și cealaltă mănușă avînd grijă ca mîna să nu atingă fața exterioară a mănușii. (Fig. 25 b)

— **Pregătirea mesei de operație.**

Chirurgul ia din casoletă un cîmp mare, îl despăturește astfel ca din el să se poată acoperi masa de operație în două straturi. Peste cîmpul mare se pune un al doilea cîmp mic.

Scanned with OKEN Scanner

Toate cele 3 straturi vor depăși marginea mesei cu 15 — 20 cm.

Pentru intervențiile laborioase sau pentru cele care necesită un timp septic îndelungat se poate pregăti o a doua masă de instrumente.

Se scot apoi cîmpurile de izolare a plăgii și se așează pe un colț al mesei. Pe celălalt colț al mesei se pun compresele de tifon.

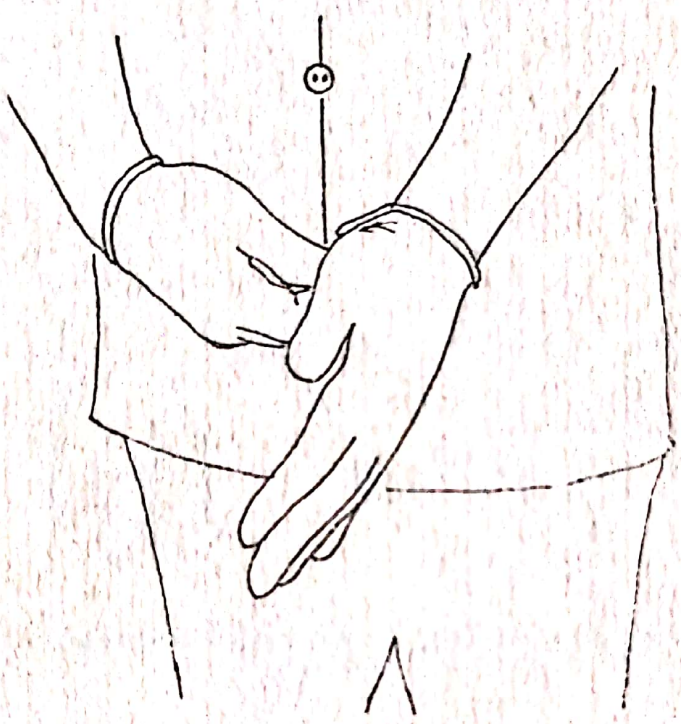

Fig. 25 b — Tehnica schimbării mănușilor în operații.

Sora deschide cutiile cu instrumente iar chirurgul sau ajutorul le așează pe masă cu grijă să nu le atingă de fața externă a casoletelor și cutiilor, grijă care trebuie avută și la scoaterea cîmpurilor.

Nu se scot mai multe instrumente decît sînt necesare pentru operația respectivă, pentru a nu aglomera masa de instrumente.

Scanned with OKEN Scanner

Aranjamentul instrumentelor va fi făcut întotdeauna în aceeași ordine pentru ca ele să poată fi găsite cu ușurință, fără a fi căutate.

Spre exemplificare dăm modalitatea noastră de a aranja instrumentele la operațiile mici (apendicită, hernie etc.).

— Din colțul dinspre operator spre ajutor așezăm instrumentele în următoarea ordine : bisturiu, foarfecă, pense chirurgicale, pense anatomice de disecție, depărtătoare Farabeuf, portac cu acul Hagedorn montat, pense Kocher, pense Pean, pensă „en coeur", depărtătorul Gosset se așează pe colțurile îndepărtate de echipa operatorie a mesei de instrumente.

Ca regulă, un instrument cu cît este mai rar sau mai puțin utilizat este așezat spre colțurile îndepărtate de echipa chirurgicală.

Instrumentele utilizate la timpii septici vor fi puse separat pe cîmpuri mici și odată terminați acești timpi vor fi luate de pe masa de instrumente.

După utilizare, instrumentele vor fi așezate pe masă în ordinea inițială, atît de către operator cît și de către ajutoare.

Tubul de cauciuc al aspiratorului se fixează fie de cîmpurile care acoperă masa de instrumente, fie de cîmpurile care învelesc bolnavul.

Cu riscul de a ne repeta, vom face cîteva precizări asupra ținutei chirurgului în sala de operație.

— În timpul operației ținuta chirurgului trebuie să fie degajată, cu coatele lîngă corp în semiflexie și picioarele ușor depărtate. Pozițiile forțate, crispate sînt obositoare, mai ales cînd intervenția se prelungește.

Este recomandabil ca toate manevrele chirurgicale să fie executate din încheietura mîinii și din degete.

Nu se va sta cu capul și corpul aplecat asupra bolnavului. Masa de operație va fi ridicată sau lăsată în jos în

Scanned with OKEN Scanner

funcție de înălțimea chirurgului și de cerințele intervenției chirurgicale. **Masa trebuie să urmărească chirurgul și nu chirurgul masa de operație.** Sînt chirurgi mici de statură care utilizează scărițe sau poduri de lemn pentru a cîștiga în înălțime.

— În timpul intervenției, chirurgul poate sta în picioare sau pe scaune special amenajate, în funcție de obișnuință. Desigur că sînt și timpi ai intervenției chirurgicale care nu pot fi executați stînd pe scaun.

— Masa de operație va fi așezată lîngă operator, pentru ca acesta să nu fie obligat să se aplece după instrumente.

— În timpul intervenției vor fi evitate gesturile care presupun încrucișarea antebrațelor (poziție incomodă și neelegantă).

— Ligheanele pentru compresele murdare vor fi așezate în dreapta operatorului și ajutorului, pentru ca aceștia să nu fie nevoiți să facă gesturi și răsuciri suplimentare. După utilizare, compresele vor fi aruncate cu grijă în ligheane. Aruncarea neglijentă a compreselor pline cu sînge sau secreții pe podeaua sălii de operație lasă o impresie dezagreabilă. Asistenta și infirmiera vor avea grijă să strîngă compresele căzute întîmplător pe pardoseala sălii de operație.

— Instrumentele trebuie aranjate într-o ordine desăvîrșită pe masă, pentru a putea fi repede găsite în cursul intervenției. Dacă avem și al doilea ajutor în operație, acesta este obligat să curețe și să așeze în ordine instrumentele pe masă.

— Pe masa de instrumente chirurgicale nu vor sta decît instrumentele strict necesare operației ce se efectuează. Aglomerarea mesei cu instrumente inutile îngreuiază mersul operației, chirurgul avînd dificultăți în identi-

Scanned with OKEN Scanner

ficarea promptă a acestora. În fiecare serviciu trebuie să existe truse special alcătuite, pe profil de intervenții : mijlocii, mari, pentru operații ginecologice, tiroidă, ortopedie etc.

— Pe masa de operație nu au ce căuta comprese pline de sînge și secreții.

— Papiotele de ață și catgut nu vor fi puse direct pe masa de instrumente ci pe comprese de tifon, deoarece există pericolul ca papiotele umede de alcool să umezească cîmpurile, fapt care ar compromite sterilitatea acestora.

Ca regulă generală, orice pată de umezeală apărută pe cîmpuri trebuie acoperită cu un alt cîmp uscat ; sau este mai bine chiar ca acestea să fie schimbate.

— Halatele umede vor fi schimbate din același motiv.

— Acele chirurgicale de rezervă trebuie puse într-o compresă și așezate la distanță de celelalte comprese, pe un colț al mesei, evitînd astfel pericolul ca acestea să fie antrenate în plagă în cursul operației.

Între echipa operatorie și cea a sălii de operație trebuie să existe relații de perfectă colaborare. Conlucrînd mai mult timp cu o echipă chirurgicală, surorile de la sălile de operație vor ști, dintr-un simplu gest al chirurgului, ce instrument sau material dorește.

Intervenția chirurgicală trebuie să decurgă într-o atmosferă de deplină liniște, element care creează, atît chirurgului, cît și bolnavului, o stare de siguranță și confort.

Zgomotul de casolete sau cutii de instrumente trîntite, discuțiile cu voce tare sau în contradictoriu în sala de operație sau în vecinătatea ei creează bolnavului o stare de tensiune și nesiguranță.

Scanned with OKEN Scanner

15. Arta în chirurgie

„Actul chirurgical este o îmbinare de știință cu artă"

Paul Valery

Frumosul în chirurgie nu este un scop în sine, ci numai expresia exterioară a unui act profund științific și uman. Chirurgul poate fi considerat astăzi, în egală măsură, om de știință și artist. Asemenea pictorului sau sculptorului, el poate crea veritabile opere de artă în țesuturi, menirea lui fiind aceea de a modela materia vie. Metafora nu este exagerată dacă ne gîndim numai la performanțele actuale ale chirurgiei plastice și reparatorii, sau la chirurgia de transplant. Restaurarea funcției și a aspectului normal al unei mîini sau a unei fizionomii mutilate în cursul unui accident nu este și un act de înaltă creație artistică ? Cu ce este mai prejos chirurgul plastician în acest caz decît cei mai faimoși maeștri ai penelului sau ai dălții ? Este cu ceva mai prejos impresia artistică, pe care o insuflă „opera" chirurgului, de cea a artistului plastic ? Credem, fără frica de a greși, că nu ! Spre deosebire de artist, chirurgul nu-și poate permite luxul de a-și distruge opera și de a o relua de la capăt. De cele mai multe ori, gesturile și manevrele lui sînt ireversibile, iar eventualele stîngăcii nu mai pot fi corectate. Stîngăciile chirurgului sînt echivalente cu suferința bolnavului, cu infirmitatea sau chiar cu moartea lui.

Scanned with OKEN Scanner

Chirurgia este o știință. Cu acest lucru toată lumea este de acord. Dar se poate vorbi de o artă chirurgicală ? S-a discutat foarte mult, în ultima sută de ani, despre acest subiect.

Evoluția științei și a artelor din ultimii ani a clarificat această problemă, multă vreme controversată. Savanți de mare notorietate au ajuns la concluzia că știința și artele, prin fondul lor profund uman, se completează și se întrepătrund. Chiar științele aride ale matematicii, care pînă nu demult păreau incompatibile cu unele manifestări ale artei, au ajuns să pătrundă în poezie și muzică. Cu atît mai mult, medicina, și îndeosebi chirurgia, științe profund umane, nu puteau să nu aibă puternice interferențe cu arta. Intervenția chirurgicală, pe lîngă faptul că este un act de știință, este și o veritabilă operă de artă. Chirurgul este în același timp un om de știință dar trebuie să fie și un artist. Intervenția chirurgicală este, fără îndoială, și o operă de creație. Oricît ar fi de asemănătoare cu celelalte, la prima vedere, orice operație pune chirurgului probleme diferite.

„Meseria noastră, spune celebrul chirurg J. Gosset, rămîne o artă oricît am face-o noi să beneficieze de toate achizițiile științelor fundamentale. De aceea, responsabilitatea unei vieți omenești este cu atît mai grea cu cît ea este asumată într-o nesiguranță tulburătoare. Fără îndoială că acest fapt îi conferă chirurgiei o anumită noblețe. Chirurgul este în permanență frămîntat de o responsabilitate apăsătoare".

Fiecare caz în parte îi cere chirurgului o pregătire științifică de specialitate, dar nu de puține ori îi solicită fantezia și imaginația.

Este un lucru recunoscut de toată lumea că nu toate operațiile decurg ca în cartea de tehnici chirurgicale. Aici

Scanned with OKEN Scanner

intervine spiritul creator și inovator al chirurgului, care poate să-și dovedească cu adevărat măiestria în situațiile cele mai inedite.

Fiind în esență o meserie manuală, chirurgia a fost în permanență pîndită de pericolul ca în manifestările ei polare să aibă slujitori la cele două extreme — meșteșugari și artiști. În epoca modernă, chirurgul-meșteșugar este un non sens. Simpla îndemînare, fără a fi dublată de profunde cunoștințe atît în sfera disciplinei chirurgicale, cît și în cea a altor specialități medicale, este total insuficientă pentru chirurgul modern.

Chirurgul trebuie să fie un bun diagnostician și un vorbitor elocvent. Dar adevărata măiestrie a chirurgului nu poate fi definită decît în sala de operație.

Fără îndoială că atunci cînd chirurgul este un bun diagnostician, cînd elocința sa se îmbină cu arta de a opera, ne aflăm în fața chirurgului de excepție.

Oricît ar fi de complexă și de spectaculoasă o intervenție chirurgicală, trebuie recunoscut că nu emoția artistică domină existența chirurgului. Chirurgul este în primul rînd un practician, obiectul muncii lui fiind omul, a cărui viață luptă să o prelungească și de care, în ultimă instanță, este răspunzător.

Marele maestru al chirurgiei care a fost J. L. Faure sintetizează, în cîteva cuvinte magistrale, nobila, dar dificila, misiune a chirurgului : „Mai multe elemente pot concura pentru a da unei intervenții chirurgicale pecetea adevăratei frumuseți : grija, precizia, delicatețea cu care e făcută, eleganța și originalitatea procedeelor folosite, sentimentul de siguranță pe care îl oferă o execuție perfectă, dibăcia chirurgului și viteza cu care operează, gravitatea chiar a operației care dă sentimentul că aceasta s-ar putea solda printr-o catastrofă, toate acestea, și pînă și oroarea de intervenții sîngerînde pot împrumuta unei operații un caracter de tragică măreție".

Scanned with OKEN Scanner

Emoțiile artistice pot apărea pe parcursul unei intervenții chirurgicale efectuate cu o logică și cu o tehnică impecabile.

"Găsirea planului de clivaj la o tumoră care la începutul intervenției părea inoperabilă, individualizarea perfectă a elementelor hilului unui organ în urma unei disecții abile sau restaurarea unei mîini sau a unei fizionomii distruse accidental, cum arătam mai înainte, pot fi, fără îndoială, sursa unor emoții artistice, atît pentru chirurg, cît și pentru cei ce urmăresc actul operator.

Frumosul în aceste cazuri devine un atribut al științei chirurgicale.

Prof. Pius Brînzeu în „Educația estetică în chirurgie" definește astfel chirurgia : „Chirurgia este astăzi o știință din cele mai avansate ; ea rămîne o artă în aplicațiile ei practice și comportă foarte mult omenesc. Arta chirurgicală este mai profundă decît arta medicală în general.

Într-adevăr, participarea manuală nu poate fi suplinită nici de aparate, nici de examene de laborator. Sînt multe specialități medicale unde culmea artei este să pui un diagnostic de finețe, să dai dovadă de calități de spirit. Chirurgul trebuie să meargă mai departe. El trebuie să efectueze intervenția cu propriile sale mijloace intelectuale și manuale. În realizarea ei, el se poate arăta mai mult sau mai puțin abil. Aproape fiecare operație poate pune la încercare imaginația și fantezia chirurgului. Condițiile din ce în ce mai complexe în care se desfășoară astăzi operațiile, importanța lor din ce în ce mai mare, cer chirurgului calități deosebite și fac din el de multe ori un adevărat artist. Operația este deci aceea care constituie specificul chirurgiei și în cursul ei se poate măsura cel mai bine arta chirurgului".

Ne-am permis să dăm acest lung citat deoarece am considerat că el reflectă în mod magistral condiția actuală a chirurgului care este astăzi considerat artist și om de

Scanned with OKEN Scanner

știință, care totodată trebuie să fie și om de suflet, deoarece materia pe care o modelează este materia vie, iar activitatea sa se reflectă atît asupra trupului, cît și asupra sufletului omenesc.

Celebrul chirurg american Ch. Mayo, la rîndul său, făcea următoarea remarcă, privitor la calitățile pe care trebuie să le întrunească chirurgul : „chirurgia, spunea el, este mai degrabă o chestiune de pătrundere mintală decît de îndemînare".

Trebuie spus că nu orice intervenție perfect executată din punct de vedere tehnic este echivalentă cu succesul. În chirurgie poți avea și insuccese nemeritate, chiar dacă în operație ai pus o fărîmă din sufletul tău. Și în intervențiile executate cu cea mai mare acuratețe pot apărea complicații independente de tehnica chirurgicală. Aceste insuccese se datorează rezistenței scăzute a organismului sau altor factori pe care, la nivelul cunoștințelor actuale, nu putem să-i depistăm și să-i combatem. Este clar că un act chirurgical efectuat defectuos are cu atît mai multe șanse de nereușită.

Din nefericire, opera de artă a chirurgului este o operă perisabilă. Chiar în urma celor mai mari chirurgi rămîn doar cîteva idei pe care le-au exprimat clar și convingător și care au fost recunoscute ca adevăruri absolute în chirurgie, cel puțin pentru o perioadă de timp, și... cîteva legende.

Chirurgul francez Charles Lenormand exprimă atît de limpede acest adevăr dureros în cîteva cuvinte : „Chirurgia este o artă dintre toate cea mai intim legată de personalitatea artistului, se rezumă în ea și dispare odată cu ea. Ca și acele minunate voci care încîntă și emoționează o întreagă epocă și care, o dată stinse, nu mai lasă decît o amintire, tot așa nimic nu mai rămîne din acești artiști, care sînt marii operatori, atunci cînd bistu-

Scanned with OKEN Scanner

riul le cade din mînă — nimic, decît o amintire". Avînd însă în vedere progresele tehnicii de astăzi, trebuie să remarcăm că citatul de mai sus nu mai este actual pentru vocile celebre care pot rămîne prezente și după moartea artiștilor, pe discuri. Poate că și pentru chirurgii virtuozi ar exista o posibilitate ca măiestria lor să fie imortalizată pe benzi video.

Nu putem încheia acest capitol fără a spune cîteva cuvinte despre dragostea pentru arte a medicilor. Din rîndurile lor s-au afirmat unii dintre marii scriitori ai lumii : Cehov, Cronin, Axel Munthe, Paul Valery, iar la noi Vasile Voiculescu, Aurel Baranga și alții. Mulți au fost colecționari de artă, prieteni și sprijinitori ai marilor artiști. Vom aminti doar pe cîțiva dintre aceștia : Gheorghe Bellu (Georges Bellio), I. Cantacuzino, dr. Dona, dr. Vintilă, profesorii Severeanu, Fodor, Chiricuță și mulți alții.

Într-o serie de interviuri ale unor reputați artiști plastici, aceștia subliniază în cuvinte calde apropierea sufletească a artiștilor cu medicii. Am reținut cîteva fraze din interviul reputatului sculptor Gh. Apostu : „de fapt (medicii) sînt cei mai apți pentru artă, cei mai deplin cuprinzători ai fenomenului artistic.

Avem nevoie de creditul moral al doctorilor, de căldura, înțelegerea și promptitudinea lor umană, de gesturile lor de franchețe care nu jignește. Lipsa lor de prejudecăți ne face să-i îndrăgim".

Marele pictor și pedagog Traian Brădean spune : „Subiectul investigației artistului și medicului este omul. Ambii au fost și sînt legați prin practică de fenomenul social și de cel particular al individului, sînt sensibili și intervin fiecare prin specificul său asupra durerii fizice sau psihice, a bucuriei și tristeții, năzuind cu tot sufletul la fericirea omenirii. La căpătiiul durerii, în dramatica și prometeica luptă pentru salvarea ființei umane, medicul

Scanned with OKEN Scanner

a simțit și înțeles mai bine ca oricine psihicul și destinul omului, și pe această cale el s-a apropiat de spiritul artei trăind pentru ea profund, devenindu-i chiar un ales și credincios slujitor".

Sînt cuvinte care sintetizează interferența sufletească, umană a două profesii, în aparență foarte diferite. Reflectînd însă mai profund, trebuie să recunoaștem că medicul, chirurgul în mod deosebit, sînt veritabili restauratori ai acestei minunate opere de artă a naturii, care este omul.

Desigur că este vorba de o artă, făcută cu foarte multă știință.

Scanned with OKEN Scanner

16. Kitch-ul în chirurgie

„Chirurgia ca și sculptura nu suportă mediocritatea"

R. Leriche

De la bun început trebuie să lămurim noțiunea de Kitch. În limba germană kitschen înseamnă „a face ceva de mîntuială", iar verkitschen se traduce prin „a degrada, a poci, a măslui". În accepțiunea actuală, kitch-ul în artă definește falsa artă și în consecință în chirurgie nu poate defini decît false căi și aspecte ale acestei nobile profesii. Chirurgia fiind o știință și totodată o artă nu a scăpat nici ea de acest pericol.

„Kitch-ul este indisolubil legat de artă, așa cum neautenticul este legat de autentic" (A. Moles). Un alt estet, Bruch, afirmă : „o fărîmă de kitch există în orice artă, deoarece în orice artă există un minimum de convenționalism, de dorință de a face pe placul publicului, de care nu este scutit nici un mare maestru" și, cu atît mai puțin, cei mai puțin mari maeștri, am adăuga noi. Putem spune fără să greșim că kitch-ul este o formă de manifestare a slăbiciunii spiritului omenesc. În aceste condiții era firesc ca și în chirurgie să apară forme de manifestare a kitch-ului.

Dar dacă în artă această tendință este cît de cît tolerabilă, în chirurgie kitch-ul nu poate avea decît consecințe dezastruoase și, deci, orice manifestare de acest gen trebuie combătută.

Scanned with OKEN Scanner

Fick afirma : „kitch-ul este pe măsura omului mediocru", iar chirurgia este o profesie în care mediocritatea nu ar trebui să-și găsească locul.

Același estet citat mai sus, A. Moles, spune : „kitch-ul este o virtute care caracterizează linia de mijloc, kitch-ul este acceptarea tacită pe scara socială a unei plăceri estetice de un ușor prost gust".

Din fericire, în chirurgie această tendință are un caracter izolat. Tendința de a face spectacol din actul chirurgical este fără îndoială foarte veche. Prin natura ei, chirurgia este o știință care acționează direct asupra vieții omului, și lucrul acesta nu putea să nu impresioneze publicul (necunoscător și doritor de senzații). Ca o replică la această tendință a publicului au apărut și în această artă amatori de a-i face pe plac și de a-i exploata slăbiciunile.

Chirurgia adevărată trebuie să impresioneze prin puritatea și simplitatea ei și nu prin manifestări teatrale, prin gesturi complicate și sofisticate, făcute din dorința de spectacol. De fapt, ceea ce impresionează la chirurgii cu adevărat mari este simplitatea gesturilor, simplitatea și acuratețea cu care rezolvă cele mai complexe situații.

Gesturile chirurgicale trebuie subordonate unui singur țel, acela al salvării vieții bolnavului. Orice gest în plus sau în minus făcut de dragul „spectacolului", neconform logicii chirurgicale și neadecvat intervenției ce se efectuează, poate avea efecte nefaste pentru viața bolnavului.

Etalarea cu orice preț a falsei virtuozități chirurgicale, prin gesturi repezite și pripite, viteza de dragul „performanței sportive" nu denotă în nici un caz un talent chirurgical deosebit ci, dimpotrivă, superficialitate, atitudinea cea mai condamnabilă în profesia de chirurg. Sînt cunoscute o serie de gafe, chiar ale unor mari maeștri ai chirurgiei din trecut, făcute tocmai în timpul demonstrațiilor în fața studenților și publicului. Desigur, unele dintre ele puteau fi justificate într-o oarecare măsură de limitele

Scanned with OKEN Scanner

chirurgiei la data respectivă, dar altele s-au datorat ușurinței în abordarea cazului (fapt recunoscut chiar de cei care au căzut în această greșeală). Este de la sine înțeles că un chirurg mai puțin experimentat va fi în consecință prudent și mai puțin dezinvolt în tot ceea ce face, pentru a evita eventualele greșeli care, de cele mai multe ori în meseria noastră, se pot dovedi ireversibile.

Profesorul I. Juvara ne spunea la cursuri : „atunci cînd pari mai sigur de tine, atunci poți avea cele mai mari eșecuri și dezamăgiri". Cu alte cuvinte, indiferent de gradul de virtuozitate la care ai ajuns, sau mai bine-zis la care crezi că ai ajuns, este recomandabil să ai o atitudine modestă și rezervată în această profesie plină de riscuri și de neprevăzut. Etalarea cu orice preț a virtuozității, fără a te gîndi în primul rînd că bolnavul are o singură viață, pe care ți-a încredințat-o, pune sub semnul întrebării moralitatea și conștiința profesională a chirurgului. Cu atît mai mult, pentru chirurgul tînăr, falsa virtuozitate constituie o capcană care poate avea grave urmări, atît pentru el, cît mai ales pentru bolnav.

Dorința de a opera „frumos" cu orice preț poate complica actul operator și chiar evoluția postoperatorie, iar din punct de vedere estetic efectul poate fi opus celui scontat.

Hemostaza exagerată, pentru a avea o plagă „exsangă", așa cum pretind unii chirurgi, presupune lăsarea în plagă de mult material străin care, în unele cazuri, poate fi sursa unor complicații nedorite.

O altă manieră greșită de a concepe o operație corect și frumos executată pornește de la interpretarea mecanică a unor precepte medicale, atitudine care nu face decît să dăuneze bunului mers al operației. Îmi amintesc de un bun chirurg care ținea foarte mult la ideea de a opera frumos. În timpul unei gastrectomii totale pentru un cancer gastric, la care asocia și o splenectomie, după luxarea splinei din loja sa, aceasta mai era fixată la marea

Scanned with OKEN Scanner

curbură gastrică doar printr-un mic pedicul vascular. În cursul scheletizării stomacului și acest pedicul s-a rupt, dar în loc să înlăture splina din cîmpul operator, gest care ar fi simplificat mult următoarele manevre ale intervenției, chirurgul a fixat splina la marea curbură gastrică cu o pensă Kocher pentru a scoate „piesa anatomică monobloc". Intervenția s-a prelungit artificial deoarece splina, de volum apreciabil, a jenat în continuare eliberarea polului cranial gastric ; s-a produs și o hemoragie care a fost greu stăpînită. Aspectul general al intervenției a avut de suferit, iar efectul spectacular a fost opus celui scontat de operator. **Chirurgul trebuie să adopte deci soluțiile cele mai simple și mai lipsite de riscuri pentru bolnav.**

În secolul trecut chirurgul francez H. De Mondeville atrăgea atenția : „operațiile să le execute cu prudență și judicios (chirurgii) ; să nu facă operații riscante decît atunci cînd acestea reprezintă singurul mijloc de a evita un rău și mai mare".

O formă relativ frecventă de manifestare a kitch-ului în chirurgie este „moda". Există modă în chirurgie ? Din păcate trebuie să recunoaștem că da.

Tendința de a fi în pas cu „noul", de a fi „modern" cu orice preț a dus la acceptarea fără discernămînt a unor procedee tehnice insuficient de bine verificate în practică, numai din dorința de a imita pe pionierii sau pe marii maeștri ai chirurgiei. Nu de puține ori de-a lungul anilor metode „noi", foarte mult lăudate la vremea lor, nu au rezistat probei timpului.

Departe de noi gîndul de a ignora importanța noului în chirurgie, dar acest lucru nu trebuie în nici un caz să fie sinonim cu aruncarea peste bord a unor tehnici clasice, care și-au dovedit eficiența, de îndată ce o metodă nouă și-a făcut apariția.

Moda în chirurgie am putea-o defini ca fiind tendința de a accepta fără rezerve și fără discernămînt „noul". Și

Scanned with OKEN Scanner

în acest domeniu al modei cei mai expuși sînt tot chirurgii tineri, la care entuziasmul vîrstei, asociat cu lipsa de experiență și cu tehnicitate nu prea ridicată, poate duce la eșecuri.

Un chirurg cu experiență își poate permite ca, după ce a citit o tehnică nouă într-o revistă sau într-un tratat de tehnică chirurgicală să o efectueze, în timp ce pentru unul cu mai puțină experiență este recomandabil să o vadă executată de alții înainte de a o efectua el însuși. Chiar și chirurgilor experimentați nu le este permis să execute o tehnică fără ca în prealabil s-o efectueze pe animale sau pe cadavru.

O impresie neplăcută o lasă și acei chirurgi care, cu ocazia unor simpozioane sau a altor manifestări științifice, prezintă în lucrările lor „tehnici chirurgicale originale", care de fapt aparțin altor autori, dar la care pretinșii inovatori aduc mici schimbări neesențiale, uneori în defavoarea tehnicii inițiale și, deci, și a bolnavului. Alții complică tehnici consacrate cu tot felul de artificii inutile, numai de dragul de a-și lega cu orice preț numele de un procedeu „original". Aceste ambiții deșarte pot avea consecințe nefaste.

Un mare deserviciu în popularizarea „noului" îl fac gazetarii nespecialiști care prezintă în reviste de mare circulație metode noi insuficient verificate, care exaltă imaginația publicului generînd stări de optimism artificial vis-à-vis de o serie de tehnici chirurgicale pe care le prezintă sub forma unor panacee universale. Este suficient să ne amintim numai de efervescența și entuziasmul produs cu ocazia primelor grefe de cord. Fără îndoială că ele au reprezentat un progres în chirurgie, dar timpul a dovedit că ele nu pot fi efectuate decît în condiții de dotare și de tehnicitate înaltă.

Alteori constatăm cu consternare apariția în reviste de popularizare a unor articole elogioase care prezintă

Scanned with OKEN Scanner

tehnici chirurgicale perimate în chip de inovații operatorii excepționale.

Am asistat cu toții la prezentarea în anumite gazete a unor gafe chirurgicale sau a unor experimente riscante frizînd diletantismul, etalate în chip de operații epocale menite să „revoluționeze chirurgia". Să ne amintim doar de acei „temerari" care se apucaseră să abordeze chirurgia cardiacă la nivelul unor spitale comunale.

O altă formă de manifestare a kitch-ului în chirurgie sînt gesturile teatrale care nu au nimic comun cu chirurgia, ba chiar pot deveni de-a dreptul periculoase. Așa după cum am mai arătat, gesturile largi, dirijorale nu sînt recomandabile în chirurgie, unde toate manevrele trebuie efectuate din încheietura mîinilor și din degete. Străine de sobrietatea actului chirurgical sînt și răsucirile sofisticate ale penselor și foarfecilor. Aruncarea instrumentelor pe podeaua sălilor de operație sau pe masa de operație, ca și atitudinile teatrale sînt manifestări care nu au nimic comun cu arta chirurgicală, în care calmul și echilibrul colectivului trebuie să fie suveran.

Vorbăria necontrolată, ca și fanfaronada în sala de operație, în sălile de pansamente sau în saloane sînt străine eticii și esteticii chirurgicale, creînd anturajului o impresie dezagreabilă. Discuțiile în contradictoriu între cadrele medicale, purtate pe un ton neadecvat, creează bolnavului o stare de anxietate, slăbindu-i totodată încrederea în colectivul chirurgical, discreditîndu-l pe cel ce a provocat această stare de lucruri.

Desigur că aspectele pe care le-am relevat pe parcursul acestui capitol sînt numai cîteva forme de manifestare a kitch-ului în chirurgie, poate cele mai flagrante.

Am considerat necesar să luăm în discuție acest delicat subiect în lucrarea noastră deoarece am apreciat că este util să arătăm tinerilor chirurgi posibilele căi greșite și erori de care nici profesia noastră nu este scutită.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie selectivă

1. ALDEA A., **Elemente de diagnostic și tratament în tumorile stomacului,** Ed. Litera, București, 1980.
2. ALDEA A. — ALDEA H., **A.B.C.-ul în chirurgie,** Ed. Litera, București, 1982.
3. ALDEA H. — OBREJA TH., **Aspecte de chirurgie plastică și reparatorie în plăgile secundare traumatismelor craniofaciale,** Conferința interjudețeană de neurochirurgie, Suceava, 1980.
4. ARSENI C. — ALDEA H. și colab., **Hernia de disc lombară,** Ed. Didactică și pedagogică, 1985.
5. ARSENI C. — ALDEA H. și colab., **Momente din istoria neurochirurgiei,** Ed. Academiei, București, 1989.
6. ANASCOMBE A. R., HIRA N. and HUNT B., **The use of a new absorbabile suture material (polyglycolic acid), in General surgery** — Brit. J. Surg., 57 : 917, 1970.
7. ANDRUP E., ANDERSEN D., HOSTRUP H., **Chirurgia gastroenterologică,** vol. III, 1977, 9, 2, 189—193.
8. ANDRIU V., CÎRMACIU D., LERNER CLARA, **Chirurgia duodenului,** Ed. medicală, București, 1973, p. 150—154.
9. ANGHELESCU N., **Elemente de propedeutică chirurgicală,** Ed. medicală, București, 1985.
10. ANGHEL I., **Tehnica îngrijirii bolnavului chirurgical,** I.M.F. București, 1975.
11. ARTZ P. C., HARDY D. J., **Complications in surgery and their management,** Ed. Sounders, Philadelphia, Ed. II, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

12. BALLINGER F. W., DRAPARES TH., **Practice of surgery current review,** vol. I The. c.v. Mosby company, St. Louis, 1972, p. 157—174.
13. BALLINGER F. W., DRAPARES TH., **Practice of surgery current review,** vol. II The. c.v. Mosby company, St. Louis, 1975.
14. BANCU V. E., **Patologie chirurgicală,** Ed. didactică și pedagogică, București, 1979.
15. BLONDEAU PH., HENRYE, **Nouveau traité de technique chirurgicale,** vol. I, 1233 p., Masson, 1972.
16. BLONSTEDT B. și colab., **Suture, materials an wound infection,** Arta, chir Scand, 1978, 5.
17. BOURGEON R., GRUNTZ M., **In Nouveau traité de technique chirurgicale,** tome XII, sub red. Patel J. et Legér L., Ed. Masson, Paris, 1969.
18. BORGES A. F., **Effective incisions and scar revision,** Boston, Little, Brown, 1973.
19. BRÎNZEU P., **Educația estetică în chirurgie,** Ed. didactică și pedagogică, București, 1966.
20. BRÎNZEU P., **Simțul clinic și arta diagnosticului,** Ed. „Facla", Timișoara, 1973.
21. BRÎNZEU P., **Dincolo de bisturiu în chirurgie,** Ed. Academiei, București, 1988.
22. BURLUI D., **Comunicare prezentată la U.S.S.M.,** Societatea de chirurgie, martie 1974.
23. BURLUI D., CONSTANTINESCU C., **Curs de semiologie și terapeutică chirurgicală,** I.M.F. București, 1976.
24. CHABAL J., **Les sutures chirurgicales,** Lyon chir 1974, 70, 5.
25. CHEVEL P. J., RICHARME J., **Chirurgie,** vol. I, Ed. Masson, Paris, 1974.
26. CHIRICUȚĂ I., GALATAR S., **Chirurgia marelui epiplon și importanța cunoașterii vascularizației sale,** Chirurgia, București, 19, 881, 1970.
27. CERISE E., **Drains in abdominal surgery, their use and abuse, Practice of surgery,** vol. II, Ed. c.v. Mosby, St. Louis, 1975.
28. DÉTRIE PH., **Petit chirurgie,** Ed. Masson, Paris, 1972.
29. DÉTRIE PH., **In Nouveau traité de technique chirurgicale,** tome IX, sub red. Patel J. et Léger L., Ed. Masson, Paris, 1975.

Scanned with OKEN Scanner

30. DÉTRIE PH., **Petite chirurgie,** Ed. Masson, Paris, 1976.
31. DRAGOMIR C., **Chirurgia plastică şi reparatorie,** Ed. „Junimea", Iaşi, 1980.
32. EVERETT W. G., **Suture materialis in general surgery,** Prog. Surg., 8, 14, 1970.
33. FORGUE E., **Au seuil de la chirurgie,** Ed. Doin, Paris, 1927.
34. FORGUE E., **Les „Pieges" de la chirurgie,** Ed. Masson, Paris, 1939.
35. GAVRILIU D., **Curs de mică chirurgie şi semiologie chirurgicală,** I.M.F. Bucureşti, 1969.
36. GAVRILIU D., **Curs de mică chirurgie şi semiologie chirurgicală,** I.M.F. Bucureşti, 1977, p. 35—44.
37. GHIŢESCU T., **Chirurgul,** Ed. Ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1977.
38. GEROTA D., **Explorarea chirurgicală a abdomenului,** Ed. medicală, Bucureşti, 1969.
39. HARDY D. J., **Rhoads text book of surgery principles and practice,** Ed. J. B. Lippincott, Philadelphia, Toronto, 1977.
40. HASSON H. M., NICOLOFF D., FORD C. R., PAZARUS H., O'DONOGHUE J. and POWEL J. R., **New sutureless technique for Skin Closure,** Arch. Surg. 111 : 83, 1976.
41. HILL J. G., **On patient surgery,** Ed. B. W. Saunders, Philadelphia, 1973.
42. HUARD P., **La chirurgie moderne,** Ed. Dacosta, Paris, 1968.
43. ILIESCU O. T., BRAND L., **Drenajul şi procedeele adjuvante în chirurgia toracelui,** I.M.F. Bucureşti, 1968.
44. JUVARA I., RĂDULESCU D., PRIŞCU AL., **Probleme medico-chirurgicale de patologie hepatobiliară,** Ed. medicală, Bucureşti, 1969.
45. KIRK R. M., **Basis of surgical techniques,** Ed. Churcill Livingstone, New York.
46. KRAISSL C. J., **The selection of appropriate lines for elective surgical incisions plast,** Reconstr. Surg. 8 : 1, 1951.
47. LAGAGHE G., TAGUET A., DUTHOIT D., DUMONT J., PROYE G., **J. Chir** (Paris), 1972, 98, 7, 445—454.
48. LÉGER L., **Semiologie chirurgicale,** Ed. Masson, Paris, 1964.
49. LÉGER L., **Nouveau traité de technique chirurgicale,** tome XII, sub red. Patel J. et Léger L., 1969.
50. LE BRIGAND H., **Nouveau traité de technique chirurgicale,** tome III, Ed. Masson, Paris, 1973.

Scanned with OKEN Scanner

71. SIMICI P., **Patologie chirurgicală şi mică chirurgie (pentru cadre medii),** Ed. medicală, Bucureşti, 1974.
72. SIMICI P., **Elemente de chirurgie intestinală,** Ed. medicală, Bucureşti, 1976.
73. SIMEONE F., **Principles of preoperative preparation of the surgical patient,** Textbook of surgery, W. B. Saunders, 1972.
74. SOARE M., **Cap. Traumatismele vaselor,** în Îndreptar de urgenţe traumatologice, Ed. medicală, Bucureşti, 1975, p. 148—185.
75. SOUPAULT ROBERT, **Chirurgie mon metier,** vol. I, p. 346, Ed. Plon, 1966.
76. ŞUTEU I., **Îndreptar de urgenţe traumatologice,** Ed. medicală, Bucureşti, 1975.
77. ŢURAI I., **Mica chirurgie fiziopatologică,** ed. IV-a, Ed. medicală, Bucureşti, 1970.
78. VOICULESCU M., ANGELESCU M., **Medici scriitori şi scriitori medici,** vol. I, p. 286, Ed. medicală, Bucureşti, 1964.
79. VLAICU R., MACAVEI E., MUREŞAN I., **Practica urgenţelor medicale,** vol. II, Ed. „Dacia" Cluj-Napoca, 1979.
80. VULCAN P., VASILICA ADRIAN MOZACENI, **Chirurgie dermatologică,** Ed. Junimea, Iaşi, 1989.

Scanned with OKEN Scanner

SUMMARY

The book is intended to serve the students of medicine, the graduates of the Faculty of medicine, as well as the young surgeons.

Having this in view, we have considered it proper to outline the essential qualities required to a physician in order to become a good surgeon, and at the same time we have endeavoured to suggest a number of possible ways to become a very good one.

SURGICAL APTITUDES

We have dealt with some problems concerning the intellectual endowment, the temperament, the self-critical sense which should lead to an ever improving of one's training an self-surpassing, humanity, courage based on learning and experience, manual skill ; the moral and physical condition — surgeons with physical defects have an inferiority complex and are little cooperative with the team, are subjective, sometimes impulsive, etc. ; elasticity concerning the physiopathological conception and in choosing the operative technique.

SURGICAL GESTURES

It is underlined the difficulty in defining pointing out the surgical gestures, having in mind the differences of opinions among the surgical schools.

We consider to be non-surgical : non-abservance of aseptic rules, a careless incision, neglecting of hemostasis, traction

Scanned with OKEN Scanner

upon tissues, careless and traumatic dissection of tissues, negligent remarking of layers, improper gestures during the operation.

THE OPERATIVE FIELD

It is stressed the importance of a correct preparing of the operative field and the procedures for an adequate isolation of the operative wound in order to avoid post-operative septic complications.

INCISIONS AND EXCISIONS

This chapter includes a number of rules for making a correct incision.

The conditions required by an operative incision in order to suit best the purpose aimed at as well as the qualities required by a tegumentary excision in order to be correct are being presented.

HEMOSTASIS

The main procedures of hemostasis with their advantages and drawbacks are analysed : the surgical ligature, electrocautery of vessels, forcipressure, wadding of wounds, dressing of wounds, the Horsley's wax in bony gaps.

A series of general rules for a best hemostasis of the operative wound are enumerated.

The possible difficulties and incidents that can occur during hemostasis as well as the means for solving them up are discussed.

LIGHT IN THE OPERATIVE FIELD

Under this title we have tried to outline the condition of surgical comfort which offers the surgeon the possibility to manage visually and manually a certain region or anatomical formation at any moment of the operation. Some elements contributing to achieving this alm are being reviewed : focusing the light of the scialic lamp, choosing a good way of entering, making a cutaneous incision of a proper length, a correct using of autostatical escartors and of abdominal valves.

Scanned with OKEN Scanner

DISSECTION

The general principles of surgical dissection are presented.

The authors show some of the technical artifices which facilitate dissection : hydraulic dissection, dissection under digital control, dissection after a previous emptying of certain cystic cavities.

SURGICAL SUTURE

The main suturing materials used at present and their indications are presented in this chapter.

The main rules that should be observed in the technique of suturing surgical wounds are enumerated.

There follows a brief presentation of the main ways of suturing at the level of teguments : interrupted suture, intradermic suture, Blair-Donatti suture ; and at the level of the digestive tract : single-layer suture, suture in a total layer and in a serous muscular one, extramucous Jourdan type, suture in two layers.

THE DRAINAGE

There are presented the main indications of this surgical method together with general considerations concerning the technique for a correct drainage.

RHYTHM OF OPERATION

This chapter deals with the dangers patients are exposed to when the operation takes an excessive length of time as well as in the case when it is hastened for "the sake of performance". The authors stress upon the fact that the rhythm and duration of operation should not be observed only for their sake, but they should be helpful factors for success.

PREOPERATIVE PREPARATION

In this chapter there are presented the basic principles of the preparation of the patient from a psychological point of view, and the local and general preparation as well.

Scanned with OKEN Scanner

THE SURGICAL TEAM

Some principles for making up an operative team and creating a "team spirit" are dealt with.

ART IN SURGERY

In this chapter surgery is presented as a science and an art at the same time. It is anderlined that aesthetics is not a purpose in surgery, but the evident expression of un act which is deeply scientific and humane. A properly done surgical act is both a scientific work and a work of art. In this way a surgeon may be considered to be a real restorer of this work of art which is man. Of course, this is an art made with a great deal of knowledge.

KITSCH IN SURGERY

The authors have transferred the notion of kitch from the field of arts into that of surgery, trying to present in front of the young surgeons the possible wrong ways and traps existing in this profession too.

Scanned with OKEN Scanner

RÉSUMÉ

Le livre s'adresse : aux étudiants en médicine, aux diplômés des facultés de médicine ainsi qu'aux jeunes chirurgiens.

Dans ce contexte, nous avons estimé nécessaire de définir les qualités absolument indispensables a un médicin pour devenir un bon chirurgien. Nous avons en méme temps essayé de suggérer une série de moyens par lesquels un bon chirurgien peut devenir excellent.

APTITUDES CHIRURGICALES

On envisage : le niveau intellectuel, le tempérament, l'esprit autocritique permettant le perfectionnement permanent et le dépassement de soi-méme, les qualités humaines, le courage justifié par le documentation et l'expérience, la manualité ; l'attitude morale et physique — les chirurgiens affligés de défauts physiques ont des complexes, ils sont peu coopérants dans l'équipe chirurgicale, subjectifs, parfois impulsifs etc. ; l'élasticité dans la conception physiopathologique et le choix de la technique opératoire.

GESTES NON CHIRURGICAUX

On insiste sur la difficulté de définir et de mettre en évidence les gests non-chirurgicaux, étant donné les divergences qui existent entre les différentes écoles chirurgicales.

Nous considérons comme étant non-chirurgicaux : irrespect des régles d'asepsie, exécution négligente de l'incision, négli-

Scanned with OKEN Scanner

gence de l'hémostase, traction des tissus, dissection négligente et traumatique des tissus, réflection négligente des plans, gestes inadéquats au cours de la réalisation de l'acte opératoire.

CHAMP OPÉRATOIRE

On souligne l'importance de la préparation correcte du champ opératoire ainsi que les modalités d'isolement correct de la plaie opératoire afin d'éviter les complications septiques postopératoires.

INCISIONS ET EXCISIONS

Dans ce chapitre on énumère une série de règles nécessaires pour effectuer une incision correcte.

On présente les conditions que doit remplir une incision opératoire pour qu'elle corresponde de façon idéale au but proposé. On passe en revue les qualités nécessaires à une excision tégumentaire correcte.

HÉMOSTASE

On analyse les principaux procédés d'hémostase chirurgicale, avec leurs avantages et leurs défauts : ligature chirurgicale, électrocautérisation des vaisseaux, forcipressure, tamponnement des plaies, cappitonnage de la plaie, cire type Horsley dans les brèches osseuses.

On énumère une série des règles générales, destinées à assurer une hémostase optimale de la plaie opératoire. On discute les difficultés et incidents possibles qui peuvent survenir au cours de l'hémostase ainsi que les modalités de les résoudre.

LUMIÈRE DU CHAMP OPERATOIRE

On définit par cette formule l'état de confort chirurgical qui confère à l'opérateur la possibilité de contrôler visuellement et manuellement, à tout moment de l'intervention, une certaine région ou formation anatomique. On présente une série d'éléments qui contribuent à la réalisation de cet objectif : centrage de la lumière de la lampe scialytique, choix d'une voie d'abord convenable, affectation d'une incision cutanée d'une longueur adéquate, utilisation correcte des écarteurs autostatiques et des valves abdominales.

Scanned with OKEN Scanner

DISSECTION

On présente les principes généraux de la dissection chirurgicale. Les auteurs énumèrent quelques-uns des artifices techniques pouvant faciliter la dissection : dissection hidraulique, dissection sous contrôle digitale, dissection après évacuation préalable du contenu.

SUTURE CHIRURGICALE

Dans ce chapitre on présente les principaux matériaux de suture employés à présent en chirurgie ainsi que les indications de leur emploi.

On énumère les règles principales qui doivent être respectées dans la technique des sutures des plaies chirurgicales. On fait ensuite une présentation succinte des principaux procédés de suture au niveau des téguments : fils séparés, suture intradermique, suture type, suture type Blair-Donatti, et au niveau du tube digestif : suture monoplane, suture en plan total, suture en plan total et séromusculeux, extramusculeux type Jourdan, suture en deux plans.

LE DRAINAGE

On présente les principales indications de cette méthode chirurgicale accompagnées de considérations générales concernant la technique d'institution d'un drainage correct.

RYTHME DE L'INTERVENTION

On présente les dangers que courent les malades au cas où l'intervention se prolonge sans justification ainsi qu'au cas où l'intervention est hâtee pour le plaisir de la „performance sportive".

Les auteurs soulignent l'idée que le rythme et la durée de l'intervention chirurgicale ne doit pas être un but en soi mais ils doivent être conçus comme facteurs adjuvants qui peuvent contribuer à une solution optimale, avec de moins de risques pour le malade.

LA PRÉPARATION PRÉOPÉRATOIRE

Dans ce chapitre, on expose les principes de base de la préparation préopératoire du malade du point de vue psychologique, de la préparation locale et générale.

Scanned with OKEN Scanner

L'EQUIPE CHIRURGICALE

On présente les principes selon lesquels on forme l'equipe opératoire, ainsi qué ceux qui contribuent à la réalisation de „ l'esprit d'équipe".

L'ART EN CHIRURGIE

Dans ce chapitre on pose le problème de la chirurgie en tant que scince et art. On souligne le fait que l'aspect esthétique n'est pas un but en soi en chirurgie mais seulement l'expression extérieure d'un acte profondément scientifique et humaine. Un acte chirurgicale correctement exécuté comme un véritable restaurateur de cette authentique oeuvre d'art qu'est l'homme. Il s'agit, sons doute, d'un act réalisé avec beaucoup de science.

LE KITCH EN CHIRURGIE

Les auteurs étendent la notion de Kitch du domaine des art à celui de la chirurgie afin de montrer au jeune chirurgien les passibles fausses voies et piêges auxquels cette profession est, elle aussi, exposée.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

		pag.
	Cuvînt înainte	4
	Cuvînt introductiv	7
1.	Aptitudinile chirurgicale	9
2.	Gesturi chirurgicale și nechirurgicale	15
3.	Cîmpul operator	24
4.	Incizia și excizia	28
5.	Hemostaza chirurgicală definitivă	38
6.	Toaleta plăgii	55
7.	Lumina cîmpului operator	60
8.	Disecția	64
9.	Sutura chirurgicală	69
10.	Drenajul	88
11.	Ritmul intervenției	94
12.	Pregătirea preoperatorie	100
13.	Echipa chirurgicală	103
14.	Ținuta chirurgului și a sălii de operație	108
15.	Arta în chirurgie	116
16.	Kitch-ul în chirurgie	123
	Bibliografie selectivă	129
	Summary	134
	Résumé	138

Scanned with OKEN Scanner